coda G4

Cohortstudie Daklozen
in de vier grote steden

Dakloze mensen in de vier grote steden: veranderingen in 2,5 jaar

Eindrapportage Coda-G4

Sara Al Shamma
Barbara van Straaten
Sandra Boersma
Gerda Rodenburg
Jorien van der Laan
Dike van de Mheen
Judith Wolf

Juni 2015

IVO

Impuls
Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg
is onderdeel van het
Radboudumc

Colofon

Dakloze mensen in de vier grote steden: veranderingen in 2,5 jaar
Eindrapportage Coda-G4

Auteurs: Sara Al Shamma*, Barbara van Straaten**, Sandra Boersma*, Gerda Rodenburg**, Jorien van der Laan*, Dike van de Mheen**, Judith Wolf*
* Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, Afdeling Eerstelijnsgeneeskunde, Radboudumc
** IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving

Met medewerking van: Angeline Giel-Kelly, Anna Ramsair, Chantal van Kasteren, Dirkje Pril, Frank Wiersema, Hein Lokin, Ine Smeets, Jasper Hamberg, Laura van der Wall, Nienke Tolsma & Pamela Lucas

Met dank aan: alle deelnemers en hulpverleners die deelnamen aan het onderzoek, alle instellingen, voorzieningen en centrale loketten die ons bij de werving van deelnemers hielpen, medewerkers van de gemeenten Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht, de vier deelnemerspanels en de klankbordgroep.

Vormgeving: Jenny Jansen, Final Design

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van de Directie Maatschappelijke Ondersteuning (DMO) van het Ministerie van VWS.

Juni 2015

IVO

Impuls
Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg
is onderdeel van het
Radboudumc

Voorwoord

Het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang, waarin het rijk en de G4 zich hebben ingezet voor onder meer het terugdringen van dakloosheid, liep begin 2014 af. Was de eerste fase van het Plan van Aanpak vooral gericht op het realiseren van een persoonsgericht traject met dakloze mensen en het daarmee verminderen van overlast in de openbare ruimte, in de tweede fase verschoof het accent naar het voorkomen van (herhaalde) dakloosheid en het stimuleren van participatie in de samenleving. Uit de bestuurlijke monitoring blijkt, dat gedurende de looptijd van het Plan van Aanpak in de vier grote steden ruim 18.000 dakloze volwassenen en bijna 3.000 zwerfjongeren in traject kwamen en ook de beeldvorming van de doelgroep langzaam veranderde van overlastgevend naar hulpbehoevend (Tuynman & Planije, 2014).

In 2010 gaf de Directie Maatschappelijke Ondersteuning van het Ministerie van VWS opdracht tot uitvoering van een cohortonderzoek waarin ruim 500 dakloze mensen in de vier grote steden 2,5 jaar zouden worden gevolgd met als doel meer inzicht in de situatie van dakloze mensen, de ontwikkelingen in hun woonsituatie en dagelijkse kwaliteit van leven, en de werkzaamheid van de persoonsgerichte aanpak. Vanaf 2011 werden met de dakloze mensen uit dit cohort vier interviews gehouden waarbij telkens hun perspectief op de situatie centraal stond.

Voor u ligt de eindrapportage van de cohortstudie. Deze rapportage beschrijft de bevindingen van de vierde meting, dat is 2,5 jaar na de instroom van de deelnemers in de maatschappelijke opvang en een jaar na de derde meting. Aan de orde komen hun woonsituatie, zorggebruik en zorgaansluiting, kwaliteit van leven en zelfbepaling. Daarnaast besteedt dit rapport ook aandacht aan de ervaringen van dakloze mensen met een traject en de geboden hulp.

Veel dank gaat uit naar de deelnemers voor hun vertrouwen in het onderzoek, hun bereidheid tot deelname aan de interviews en hun openhartigheid. Hun perspectief staat in dit onderzoek centraal. Dank gaat ook uit naar een groot aantal hulpverleners, klantmanagers en beleidsmedewerkers uit Amsterdam, Den Haag, Rotterdam en Utrecht. Zonder hun inzet was het niet gelukt om weer zoveel deelnemers voor de laatste meting te bereiken.

Nijmegen & Rotterdam, juni 2015
De onderzoekers

Inhoud

Pagina

Samenvatting 7
Summary 10

1. Opzet en uitvoering van het onderzoek 13
   1.1 Achtergrond en aanleiding 13
   1.2 Doelen en onderzoeksthema's 13
   1.3 Deelnemers in het cohort ten tijde van de vierde meting 15
   1.4 Analyses 18
   1.5 Rol van deelnemerspanels en klankbordgroep 19
   1.6 Leeswijzer 19

2. Trajecten, geboden hulp en ervaren verbeteringen in de leefsituatie 21
   2.1 Traject 21
   2.2 Ervaringen met de geboden hulp 22
   2.3 Ervaren baat van de hulp 24
   2.4 Ervaren verbeteringen in de eigen situatie 25

3. Zorggebruik en zorgaansluiting 29
   3.1 Zorggebruik 29
   3.2 Veranderingen in zorggebruik 29
   3.3 Zorgaansluiting 31
   3.4 Veranderingen in zorgaansluiting 34

4. Woonsituatie 43
   4.1 Actuele woonsituatie 43
   4.2 Aantal dagen gehuisvest en subjectieve beleving van de woonsituatie 47
   4.3 Woonwensen 48
   4.4 Woontransities 50
   4.5 Stabiele huisvesting 58
   4.6 Voorspellers van stabiele huisvesting na 2,5 jaar 60

5. Kwaliteit van leven en zelfbepaling 65
   5.1 Kwaliteit van leven 65
   5.2 Veranderingen in kwaliteit van leven 68
   5.3 Zelfbepaling 69
   5.4 Verandering in zelfbepaling 70
   5.5 Voorspellers van algemene kwaliteit van leven 2,5 jaar na instroom 71

Inhoud

	Pagina
6. Samenvatting van de resultaten	75
7. Beschouwing	79
Referenties	93
Bijlage 1. Uitgebreide tabellen	97
Bijlage 2. Verslag reflectie deelnemerspanels op conceptrapportage	116
Bijlage 3. Vergelijking van deelnemers met een lopend traject, deelnemers met een afgesloten traject en deelnemers zonder traject	120
Bijlage 4. Daklozen in woonvoorzieningen versus daklozen die begeleid wonen	122
Bijlage 5. Overzicht van publicaties	124
Webbijlage 1. Woonsituaties en indeling van (opvang)locaties per categorie	125
Webbijlage 2. Benadering en kenmerken respondenten ten tijde van de vierde meting	127
Webbijlage 3. Verantwoording gebruikte instrumenten in de vragenlijst	131
Webbijlage referenties	134

Samenvatting

Opzet en uitvoering van het onderzoek

Doel van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang (PvA MO) in de vier grote steden (G4; Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) was onder meer het voorkomen en terugdringen van dakloosheid en het verbeteren van de kwaliteit van leven van dakloze mensen. Op verzoek van de Directie Maatschappelijke Ondersteuning van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) voerden het IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving en Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboudumc een cohortstudie uit naar dakloze mensen met een beoogd persoonsgericht traject in de G4. Onderzocht werd wat de behoeften en wensen zijn van dakloze personen met een beoogd persoonsgericht traject en welke veranderingen zichtbaar zijn in hun objectieve en subjectieve kwaliteit van leven en huisvesting. Hierbij stond het perspectief van dakloze mensen zelf centraal.

Het cohort bestaat uit 513 dakloze personen: volwassenen van 23 jaar of ouder (*n* = 410) en jongeren van 18 tot 23 jaar (*n* = 103). Deze 513 deelnemers zijn in 2011 voor de eerste keer geïnterviewd; na een half jaar voor de tweede keer; na anderhalf jaar voor de derde keer; en na 2,5 jaar voor de vierde keer. Zij voldeden ten tijde van de eerste meting allen aan de toen gehanteerde criteria van de steden voor de start van een persoonsgericht traject, zoals regiobinding en een legaal verblijf in Nederland. Er is met 378 (74% van het oorspronkelijke cohort) deelnemers een vierde interview gehouden, waarvan 308 volwassenen en 70 jongeren. De conceptversie van deze vierde rapportage is, evenals de voorgaande rapportages, aan de deelnemerspanels en de klankbordgroep voorgelegd. Hun reacties zijn verwerkt in deze definitieve versie.

Resultaten

Trajecten, geboden hulp en ervaren verbeteringen in de leefsituatie

Naar eigen zeggen, heeft iets meer dan een derde (35%) van de deelnemers ten tijde van de vierde meting nog een traject, 31% heeft dit traject wel gehad in de voorafgaande periode van 2,5 jaar maar ondertussen afgesloten en meer dan een kwart (29%) geeft aan nooit een traject te hebben gehad. De groep die ten tijde van het vierde interview nog een traject heeft, is positiever over de geboden hulp dan de groep waarbij het traject al is afgesloten. Van de deelnemers zonder traject vindt 28% dat hun doelen in de afgelopen 2,5 jaar (helemaal) zijn behaald. Van de deelnemers met een lopend of afgesloten traject geldt dat voor respectievelijk 35% en 41%. De meeste deelnemers met een lopend of afgesloten traject zijn (helemaal) tevreden met de veranderingen in hun leefsituatie in de afgelopen 2,5 jaar (respectievelijk 68% en 71%). Dit percentage is kleiner bij de deelnemers zonder traject (55%). De meeste deelnemers vinden dat ze zelf (heel erg) aan de veranderingen hebben bijgedragen (percentages in de drie groepen variëren van 85% tot 87%).

Zorggebruik en zorgaansluiting

In het half jaar voorafgaand aan de vierde meting maakten deelnemers vooral gebruik van de huisarts (51%), het algemeen maatschappelijk werk (37%), woonbegeleiding (31%), een algemeen ziekenhuis (29%) en een tandarts (29%). Significant meer deelnemers ontvingen in deze periode woonbegeleiding dan in het half jaar voor de eerste meting. Ook maakten meer deelnemers gebruik van beschermd of beschut wonen. In het half jaar voorafgaand aan de vierde meting hadden significant minder deelnemers contact met het algemeen maatschappelijk en maakten zij minder gebruik van sociaal medische spreekuren en van rechtshulp dan in het half jaar voor de eerste meting.
Ten tijde van de vierde meting ontvangen deelnemers op veruit de meeste leefgebieden geen hulp en zij hadden hier ook geen behoefte aan. Onvervulde hulpbehoeften komen vooral voor bij hun gebit (30%), het vinden van werk (27%) en bij huisvesting en woonruimte (21%). Van de deelnemers die op de eerste meting een onvervulde hulpbehoefte hadden op huisvesting en woonruimte, financiën, het vinden van werk, of dagbesteding heeft respectievelijk 27%, 24%, 19% en 38% op de vierde meting nog steeds een onvervulde hulpbehoefte op het desbetreffende gebied.

Woonsituatie en stabiele huisvesting

Van de totale groep deelnemers is ten tijde van de vierde meting 57% gehuisvest. Een derde (34%) verblijft in instituties, waarvan ongeveer de helft (49%) gebruik maakt van begeleid wonen. Minder dan een tiende (7%) is marginaal gehuisvest en 3% is dakloos. Van de deelnemers die tijdens de tweede meting dakloos waren, was 41% een jaar later geïnstitutionaliseerd. De meeste deelnemers (71%) zijn een jaar later, tijdens de vierde meting, nog steeds geïnstitutionaliseerd. Ruim driekwart (84%) van de deelnemers die tijdens de tweede meting gehuisvest waren, was een jaar later nog steeds gehuisvest. Veruit de meeste van hen (97%) zijn tijdens de vierde meting nog altijd gehuisvest. Meer dan de helft (63%) van de deelnemers die tijdens de tweede meting geïnstitutionaliseerd was (hieronder valt ook begeleid wonen), was een jaar later nog steeds geïnstitutionaliseerd. De meesten van hen (65%) zijn ook tijdens de vierde meting geïnstitutionaliseerd. Van de 31 deelnemers die tijdens de tweede meting marginaal gehuisvest waren, waren er elf een jaar later tijdens de derde meting gehuisvest. Van hen zijn er acht tijdens de vierde meting nog steeds gehuisvest.
Meer dan acht tiende deel (84%) van de deelnemers is tijdens de vierde meting stabiel gehuisvest, in de zin dat zij minstens negentig dagen in een zelfstandige woning verbleven of begeleid woonden (69%), of in een institutie verbleven (15%). Deelnemers die in het jaar voorafgaand aan instroom gearresteerd of opgepakt zijn, zijn 2,5 jaar later minder vaak stabiel gehuisvest dan degenen die niet opgepakt zijn. Deelnemers die ten tijde van instroom veel somatische klachten hadden, zijn 2,5 jaar later minder vaak stabiel gehuisvest dan degenen die niet veel somatische klachten hadden. Ook het hebben van meer onvervulde hulpbehoeften ten tijde van instroom, is een voorspeller van minder vaak stabiel gehuisvest zijn 2,5 jaar later.

Kwaliteit van leven en zelfbepaling

Ten tijde van de vierde meting zijn deelnemers van alle leefgebieden het meest tevreden over de relatie met hun kinderen, hun weerbaarheid en hun veiligheid. Het minst tevreden zijn zij over hun financiële situatie. In de afgelopen 2,5 jaar ervaren deelnemers op de meeste leefgebieden een verbetering in hun kwaliteit van leven, met name als het gaat om hun financiën en huisvesting. De kenmerken van deelnemers, gemeten tijdens de eerste meting die voorspellend zijn voor hun algemene kwaliteit van leven 2,5 jaar later zijn: somatische klachten en verbondenheid. Deelnemers met veel somatische klachten ten tijde van de instroom in de maatschappelijke opvang, ervaren 2,5 jaar later een lagere algemene kwaliteit van leven dan deelnemers zonder veel somatische klachten. En deelnemers die zich bij instroom meer verbonden voelden met anderen hebben 2,5 jaar later een hogere subjectieve algemene kwaliteit van leven dan deelnemers die zich minder verbonden ervoeren. Ook blijkt de ervaren algemene kwaliteit van leven bij instroom er toe te doen; deelnemers met een hogere ervaren algemene kwaliteit van leven bij instroom ervaren 2,5 jaar later een hogere algemene kwaliteit van leven dan de deelnemers die bij instroom een lagere algemene kwaliteit van leven ervoeren.

Ten tijde van de vierde meting beoordelen deelnemers de mate waarin zij autonoom, competent en verbonden zijn met anderen als ‘redelijk’. De beoordeling van deze drie psychologische basisbehoeften is daarmee iets gunstiger dan tijdens de eerste meting.

Conclusie

Tweeënhalf jaar na instroom in de maatschappelijke opvang is de situatie van de meeste cohortdeelnemers op verschillende vlakken verbeterd en zegt de meerderheid van hen tevreden te zijn met de veranderingen in de afgelopen 2,5 jaar. Verbeteringen in de kwaliteit van leven hebben zich op de meeste leefgebieden ook in het laatste jaar doorgezet. Onvoldoende vooruitgang is er echter in de financiële situatie van deelnemers; al neemt het aantal deelnemers met schulden iets af, het schuldbedrag van degenen met schulden is nog niet verminderd. Dakloosheid en armoede lijken hand in hand te gaan. Langdurige, zelfstandige huisvesting is voor meer dan 40% van de cohortdeelnemers 2,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang nog niet bereikt. Een aanzienlijk deel verblijft in woonvoorzieningen in de maatschappelijke opvang of maakt gebruik van begeleid (zelfstandig) wonen. Bij begeleid wonen is het belangrijk dat professionals scherp zijn op wanneer een cliënt de stap naar zelfstandige huisvesting kan zetten en steeds ook actief in deze richting werken. De groep volwassen deelnemers die 2,5 jaar na toelating in de maatschappelijke opvang nog steeds feitelijk dakloos is, is weliswaar relatief klein (2,5% is dakloos en 6,8% is marginaal gehuisvest, in totaal dertig personen) maar vraagt blijvende aandacht. Het is cruciaal te voorkomen dat mensen chronisch dakloos raken, bijvoorbeeld door intensivering van de outreachende hulp vanuit de laagdrempelige opvang of door het eerst en direct aanbieden van woonruimte, zoals bij Housing First. Binnen de begeleiding dient te worden gewerkt aan essentiële uitkomsten van herstel (bestaansvoorwaarden, sociale verbindingen, gezondheid en positieve identiteit en toegang tot netwerken, zorg en rechten) (Wolf, 2012). Een krachtgerichte aanpak is voor het herstel van mensen onontbeerlijk. De kwetsbaarheid van de deelnemers, die ook na 2,5 jaar nog zichtbaar is, vraagt om adequate signalering door gemeenten en waar nodig om passende ondersteuning.

Summary

Design and aim of the study

The aim of the Strategic Plan for Social Relief in the four major cities of the Netherlands (G4: Amsterdam, Rotterdam, The Hague and Utrecht) is to prevent and reduce homelessness and to improve the quality of life of homeless individuals. At the request of the Ministry of Health, Welfare and Sport, the IVO Addiction Research Institute and Impuls – Netherlands Center for Social Care Research of the Radboud university medical center are conducting a longitudinal cohort study on homeless people in the G4 who are eligible for an individual programme plan. This study explores the needs and goals of homeless people who were accepted for an individual programme plan and focuses on changes in their objective and subjective quality of life and housing situation. The perspective of the homeless people plays a central role in the study.

The cohort followed in this study consists of 513 homeless individuals: 410 adults of 23 years or older and 103 young adults from 18 to 23 years old. The first interviews of these 513 participants were carried out in 2011, the second interviews half a year later and the third interviews one and a half a year later. All participants satisfied the criteria set by the G4 for starting an individual programme plan, such as regional connection and legal residence in the Netherlands. All participants were approached two and a half years after the first interview for the fourth interview. The fourth interview was held with 378 participants (74% of the initial cohort); of these, 308 being adults and 70 being young adults. The draft of this fourth report was presented to participant panels and an expert committee, as was done with the previous reports. Their feedback resulted in the final version of this report.

Results

Trajectory, satisfaction with the help received and perceived improvement of living conditions

According to their own statements, slightly more than one-third (35%) of the participants were in a trajectory at the time of the fourth measurement, 31% had ended this trajectory in the last 2.5 years and more than one-quarter (29%) was never in a trajectory. The participants who were in a trajectory at the time of the fourth measurement are more satisfied about the help received than those who had ended the trajectory. Of the participants who have never been in trajectory, 28% believe they (entirely) achieved their goals in the last 2.5 years. For the participants who were still in a trajectory or who had already ended their trajectory, these percentages are respectively 35% and 41%. Most of the participants who were in a trajectory or who had ended the trajectory are (entirely) satisfied about the changes that occurred in their situation in the last 2.5 years (respectively 68% and 71%). This is significantly lower among participants without a trajectory (55%). Most of the participants believe that they themselves (totally) contributed to these changes (percentages in the three groups range from 68% to 71%).

Care use and care needs

In the half year prior to the fourth measurement, participants predominantly received care from general practitioners (51%), social workers (37%), supported housing (31%), general hospitals (29%) and dentists (29%). In this period, significantly more participants made use of supported or protected housing than in the half year prior to the first measurement, whereas fewer participants were in contact with social workers, used social medical consulting hours or made use of judicial support.
At the time of the fourth measurement, participants do not receive support on most life domains, nor did they wish to receive support. The most unmet care needs reported concern dental care (30%), finding employment (27%), and housing (21%). Of the participants who have an unmet care need for housing, financial situation, finding employment or daily activities, respectively 27%, 24%, 19% and 38% still have an unmet care need on the concerning domain at the fourth measurement.

Housing and stable housing

At the time of the fourth measurement, 57% of the participants are housed. One-third (34%) resides in an institution, of which roughly half (49%) participated in supported housing. Less than ten percent (7%) of the participants is marginally housed and 3% is still homeless 2.5 years after they reported themselves at the social relief system. Of the participants who were homeless at the second measurement, 41% resided in an institution one year later. A year later, at the fourth measurement, most of these participants (71%) still reside in an institution. More than three quarters (84%) of the participants that were housed at the second measurement, were also housed at the time of the third measurement. Almost all of them (97%) are still housed at the time of the fourth measurement. More than half (63%) of the participants who were residing in an institution (including supported housing) at the time of the second measurement still resided there a year later. Most of them (65%) still reside in an institution at the fourth measurement.
Of the 31 marginally housed participants at the second measurement, eleven were housed during the third measurement one year later. Eight of them are still housed at the time of the fourth measurement.
More than eighty percent (84%) of the participants is stably housed at the fourth measurement, in the sense that they: for at least ninety days, are housed independently or participated in supported housing (69%), or reside in an institution (15%). Participants who were arrested in the year prior to the first measurement, are less often stably housed 2.5 years later than those who had not been arrested.
Participants who had many somatic complaints at the first measurement are less often stably housed 2.5 years later, than those who did not. In addition, having more unmet care needs at the first measurement, is also a predictor of being less often stably housed 2.5 years later.

Quality of life and self-determination

At the fourth measurement, of all life domains, participants are the most satisfied with the contact with their children, their resilience and their safety. They are the least satisfied with their financial situation. During the last 2.5 years participants have experienced an improvement in their quality of life on most life domains, especially with regard to their financial situation and housing situation.
The characteristics of participants, assessed at the first measurement, that are predictive of general quality of life 2.5 years later, are: somatic complaints and relatedness. Participants with many somatic complaints at the first measurement, have a poorer general quality of life 2.5 years later, than participants who did not. And participants who felt more connected to others at the first measurement, have a better general quality of life 2.5 years later than participants who had felt less connected. In addition, general quality of life at the first measurement, also predicted general quality of life 2.5 years later. At the fourth measurement, participants assess their autonomy, competence and relatedness as 'reasonable': which is significantly higher than at the first measurement.

Conclusion

Two and a half years after they reported themselves at the social relief system, the situation of the participants has improved on different domains and the majority of the participants report that they are satisfied with the changes that have occurred in this period. Earlier observed improvement in quality of life on most life domains continued during the last year. On the other hand, there is insufficient progress in the problematic financial situation of the participants. Although there is a slight decrease in the number of participants who have debts, the average amount of debt remains unchanged. Homelessness and poverty seem to go hand in hand. More than 40% of the participants are still not independently housed at the fourth measurement. A considerable number of participants stays in an institution or participates in a supported (independent) living project. Though the number of participants who is homeless or marginally housed 2.5 years after they reported themselves at the social relief system is relatively small (respectively 2,5% and 6,8%), this group does require ongoing attention. Prevention of chronic homelessness is crucial, for example through intensifying outreach help or through providing Housing First. A strengths-based approach is essential for rehabilitation. The vulnerability of the participants is still visible after 2,5 years and requires adequate signaling by local municipalities and when necessary, appropriate support.

1. Opzet en uitvoering van het onderzoek

1.1 Achtergrond en aanleiding

Er zijn in de periode 2006 – 2014 door het rijk en de vier grote steden (G4; Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) extra middelen ingezet voor de uitvoering van de eerste en tweede fase van het Plan van Aanpak Maatschappelijke Opvang (PvA MO) in de G4. Doel van dit plan was het voorkomen en terugdringen van dakloosheid en het verbeteren van de kwaliteit van leven van dakloze mensen. De inzet van de aanpak was om alle dakloze mensen in een individueel traject te krijgen met als doel maximaal haalbare zelfstandigheid en participatie in de samenleving. Elk individueel traject beoogde te komen tot stabiele huisvesting, zinvolle dagbesteding, een geregeld inkomen en contacten met zorg (de door gemeenten gehanteerde 'stabiele mix'). Een individueel traject omvatte de te bereiken doelen ter verbetering van de situatie van de dakloze mensen op diverse leefgebieden, de daartoe te ondernemen acties en de daaraan gekoppelde rechten en plichten van betrokkenen (Rijk en de vier grote steden, 2006).

Op verzoek van de Directie Maatschappelijke Ondersteuning van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) is een longitudinale cohortstudie uitgevoerd naar dakloze mensen met een beoogd persoonsgericht traject in de vier grote steden (G4). Het IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving en Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboudumc voerden dit onderzoek uit. Het Ministerie heeft nadrukkelijk aangegeven dat bij het volgen van dakloze mensen en het in kaart brengen van de werkzaamheid van de aanpak de behoeften en wensen van dakloze mensen centraal moesten staan. De resultaten uit het onderzoek moesten zo goed bruikbaar zijn voor beleid en praktijk.

1.2 Doelen en onderzoeksthema's

De doelen van de cohortstudie zijn:

A. Bepalen van de behoeften en wensen van dakloze mensen met een beoogd persoonsgericht traject, in relatie tot hun achtergrond en problemen.
B. Bepalen van de transities in soorten onderdak en van de voorspellers van stabiele huisvesting.
C. Bepalen van veranderingen in de objectieve en subjectieve kwaliteit van leven van dakloze mensen, en van de voorspellers van subjectieve levenskwaliteit.

De inclusiecriteria voor de cohortstudie staan beschreven in kader 1.

Kader 1. Inclusiecriteria voor deelname studie

De gehanteerde inclusiecriteria voor deelname aan deze studie waren:

- In 2011 aangemeld en tot een individueel traject toegelaten bij de maatschappelijke opvang in één van de vier grote steden.
- Leeftijd van achttien jaar of ouder.

Door toepassing van deze inclusiecriteria voldoen alle deelnemers van dit onderzoek aan de toen door de steden gehanteerde criteria voor toelating tot een individueel traject. De toelatingscriteria voor een traject waren in de regel: het hebben van regiobinding (van de laatste drie jaar, tenminste twee jaar woonachtig zijn geweest in de regio van aanmelding), legaal in Nederland verblijven en door één of meer problemen, al dan niet gedwongen, de thuissituatie hebben verlaten en niet in staat zijn zich op eigen kracht te handhaven in de samenleving (artikel 1 onderdeel c Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo, 2007)). De resultaten in deze rapportage betreffen dus alleen dakloze mensen die aan bovenstaande criteria voldeden.

Onderzoeksthema's

Coda-G4 volgde een cohort van ruim 500 personen gedurende 2,5 jaar vanaf het moment dat zij zich in 2011 meldden bij de maatschappelijke opvang in één van de vier grote steden. Deelnemers aan deze studie zijn in die periode vier keer geïnterviewd. De eerste rapportage (Van Straaten et al., 2012) beschrijft de kenmerken van het cohort van dakloze mensen bij de eerste meting (T0). Een uitgebreide beschrijving van de achtergrond, doelen, opzet en uitvoering van de cohortstudie wordt gegeven in deze eerste rapportage. De tweede rapportage (Van der Laan et al., 2013) geeft de resultaten weer van de tweede meting (T1) die zes maanden na het eerste interview plaatsvond, en beschrijft daklozenprofielen die zich binnen de groep deelnemers in het cohort laten onderscheiden. De derde rapportage (Van Straaten et al., 2014) geeft de resultaten weer van de derde meting (T2), die een jaar na het tweede interview (T1) en anderhalf jaar na het eerste interview (T0) plaatsvond en beschrijft veranderingen in de situatie van jongere en volwassen deelnemers. De drie rapportages zijn te vinden op: http://www.codag4.nl/publicaties.
Deze rapportage beschrijft de bevindingen van de vierde meting, dat is 2,5 jaar na de instroom van de deelnemers in de maatschappelijke opvang en een jaar na de derde meting (zie figuur 1.1). Aan de orde komen hun woonsituatie, zorggebruik en zorgaansluiting, kwaliteit van leven en zelfbepaling, en daarnaast ook hun ervaringen met een traject en de geboden hulp. De focus in dit rapport is steeds op de vierde meting en de veranderingen ten opzichte van de eerste meting. Waar mogelijk worden de bevindingen gerelateerd aan de profielen van de deelnemers bij instroom.

Deze rapportage gaat uitgebreid in op twee kernvragen van de cohortstudie, namelijk wat de voorspellers zijn van stabiele huisvesting en wat de voorspellers zijn van subjectieve levenskwaliteit[1] (verg. doelen B en C).

[1] De oorspronkelijke vraag, namelijk naar voorspellers van *verbeterde* subjectieve levenskwaliteit is gewijzigd in de vraag naar voorspellers van subjectieve levenskwaliteit, omdat het bij nader inzien statistisch zuiverder is om de levenskwaliteit ten tijde van de vierde meting te voorspellen (corrigerend voor de levenskwaliteit gemeten op de eerste meting) dan om te onderzoeken wat de voorspellers zijn van een verschilvariabele.

Figuur 1.1 **Tijdsperiodes van de vier metingen van Coda-G4**

Eerste meting (T0)	• januari 2011 - december 2011
Tweede meting (T1)	• juli 2011 - juni 2012 • zes maanden na eerste meting
Derde meting (T2)	• juli 2012 - juni 2013 • één jaar na tweede meting • anderhalf jaar (achttien maanden) na eerste meting
Vierde meting (T3)	• juli 2013 - juni 2014 • één jaar na derde meting • tweeënhalf jaar (dertig maanden) na eerste meting

1.3 Deelnemers in het cohort ten tijde van de vierde meting

Het cohort bestaat uit 513 deelnemers: volwassenen van 23 jaar of ouder (n = 410) en jongeren van 18 tot 23 jaar (n = 103). Deze 513 deelnemers zijn in 2011 voor het eerst geïnterviewd en voldeden allen aan de toen door de steden gehanteerde criteria voor toelating tot een individueel persoonsgericht traject, zoals regiobinding en een legaal verblijf in Nederland (de zogenaamde 'rechthebbenden', zie kader 1).
De werving, procedure van interviewen en representativiteit van de deelnemers aan de cohortstudie zijn uitgebreid beschreven in de eerste rapportage, te vinden op: http://www.codag4.nl/publicaties.

Benadering deelnemers aan het vierde interview

Van de 513 deelnemers zijn er 2,5 jaar na het eerste interview 512[2] benaderd voor het vierde interview aan de hand van een benaderingsprotocol (zie webbijlage 2). Er is zeer veel moeite gedaan om de deelnemers opnieuw te traceren en interviewen. Zo is in de toestemmingsverklaring voorafgaand aan iedere meting gevraagd om contactgegevens van personen die van de actuele verblijfplaats van de deelnemer tijdens de vervolgmetingen op de hoogte konden zijn, zoals familieleden of kennissen. Lukte het de onderzoekers niet om de deelnemers direct via de eigen contactgegevens te bereiken dan werden zij via deze contactpersonen benaderd.
Het vierde interview is inhoudelijk vrijwel gelijk aan de eerste drie interviews, aangevuld met vragen over een eventueel traject van deelnemers. Het vierde interview duurde gemiddeld anderhalf uur. De beschrijving van de gebruikte vragenlijsten voor deze rapportage staat in webbijlage 3. Voorafgaand aan het vierde interview ondertekenden de deelnemers opnieuw een toestemmingsformulier. Deelnemers ontvingen na afloop van het interview een vergoeding van dertig euro. Als een deelnemer de Nederlandse taal niet voldoende beheerste, werd het interview gedaan in zijn of haar eigen taal. Niet-Nederlandstalige interviews zijn gehouden in het Arabisch (n = 3), Spaans (n = 2) en Engels (n = 1).

Respons

Met 378 deelnemers (73,7% van het oorspronkelijke cohort op T0) is een vierde interview gehouden. Het ging hierbij om 308 volwassenen en 70 jongeren. Bij 135 (26,3%) deelnemers lukte het niet om een vierde interview te doen. Met deze deelnemers kwam geen contact tot stand (n = 112) of zij wilden niet meer meedoen (n = 22). Eén deelnemer was overleden. De vragenlijst van het vierde interview van één deelnemer werd niet in de analyse meegenomen, omdat teveel antwoorden misten. In Tabel 1.1 staat het aantal deelnemers per stad en per meting.

[2] Eén persoon bleek te zijn overleden.

Tabel 1.1
Aantal deelnemers in de cohortstudie per stad en per meting

Stad	Aantal respondenten 1e meting	Aantal respondenten 2e meting	Aantal respondenten 3e meting	Aantal respondenten 4e meting	Aantal non-respondenten 4e meting	% respons 4e meting t.o.v. 1e meting
Amsterdam	172	126	141	136	36	79,1%
Rotterdam	152	119	112	115	37	75,7%
Den Haag	125	99	93	85	40	68,0%
Utrecht	64	52	52	42	22	65,6%
Totale groep	**513**	**396**	**398**[3]	**378**	**135**	**73,7%**

Representativiteit

De representativiteit van het cohort ten opzichte van de totale groep dakloze mensen die in 2011 instroomde in de maatschappelijke opvang in de G4 is beschreven in de eerste rapportage (Van Straaten et al., 2012). De volwassen deelnemers, zo bleek, verschillen in geslacht en leeftijd weinig van de in 2011 in de G4 totale ingestroomde groep. Bij de jongere deelnemers in het cohort zien we wel een verschil. Er zijn in het cohort meer jonge mannen dan in de totale groep jongeren die in 2011 in de G4 instroomde in de maatschappelijke opvang, maar er is tussen beide groepen geen verschil in gemiddelde leeftijd.
Om de representativiteit te bepalen van de deelnemers van de vierde meting ten opzichte van het totale cohort, is deze groep respondenten vergeleken met de non-respondenten van de vierde meting. Dit is gedaan voor de volwassen deelnemers en voor de jongere deelnemers (zie webbijlage 2, tabel B1.1 en tabel B1.2).
De volwassen non-respondenten verschillen niet significant van de volwassen respondenten wat betreft geslacht, etniciteit, burgerlijke staat, opleiding, lichamelijke klachten, regelmatig cannabisgebruik, regelmatig alcoholgebruik en psychische klachten (angstklachten, depressieve klachten en somatische klachten). De volwassen non-respondenten verschillen wel significant van de volwassen respondenten wat betreft leeftijd; non-respondenten zijn gemiddeld jonger (38,2 jaar) dan respondenten (41,1 jaar).
Jongere respondenten verschilden alleen van de jongere non-respondenten van de vierde meting in opleidingsniveau. Non-respondenten waren in vergelijking met respondenten vaker het laagst opgeleid (geen onderwijs of lager onderwijs) (48,5% versus 28,6%) en hadden ten opzichte van de respondenten minder vaak een lage opleiding (lager beroepsonderwijs of middelbaar algemeen voortgezet onderwijs) (36,4% versus 65,7%).

3 Deelnemers die niet meededen aan de tweede meting zijn voor de derde meting opnieuw benaderd. Dit verklaart waarom het aantal deelnemers op de derde meting iets hoger ligt dan het aantal deelnemers op de tweede meting. Deelnemers die niet meededen aan de tweede en/of derde meting, werden voor de vierde meting opnieuw benaderd.

Demografische kenmerken

De demografische kenmerken van de 378 deelnemers aan de vierde meting volgen hierna.

Leeftijd, geslacht en herkomst

De meerderheid (73,8%) van de deelnemers is man. De leeftijd varieert van 20 tot 74 jaar en is gemiddeld 39,7 jaar. Meer dan de helft (64,2%) is allochtoon[4]: van het totaal aantal deelnemers is 43,8% eerste generatieallochtoon en 20,4% tweedegeneratieallochtoon (zie tabel 1.2).

Tabel 1.2

Demografische kenmerken van de deelnemers ten tijde van de vierde meting (%)

		Deelnemers (*n* = 378)
Geslacht	Man:	73,8
	Vrouw:	26,2
Leeftijd	(gemiddelde en range)	39,7 jaar (range 20 – 74)
Allochtonen	Eerste generatie:	43,8
	Tweede generatie:	20,4

Noot. Gegevens over etniciteit missen van tien deelnemers.

Burgerlijke staat

Het merendeel (69,8%) van de deelnemers was nooit gehuwd, bijna een kwart (23,8%) is gescheiden en 4,8% is gehuwd.

Kinderen

Iets meer dan de helft (52,0%) van de deelnemers heeft kinderen. Van de deelnemers met kinderen (*n* = 196) heeft 83,7% contact met zijn/haar kinderen. Van de deelnemers die contact hebben met hun kinderen (*n* = 164), heeft 27,9% ten minste één van zijn/haar kinderen bij zich. Bij 42,5% verblijft ten minste één van zijn/haar kinderen bij de andere ouder (meestal de moeder). Soms zijn de kinderen al ouder, en woont ten minste één van de kinderen op zichzelf (33,4%). Meer dan een tiende (13,9%) van de deelnemers heeft kinderen die ergens anders verblijven, bijvoorbeeld in een pleeggezin of bij familie, en een enkeling (1,8%) heeft kinderen die deels bij hem (of haar) verblijven en deels bij de moeder (of vader).

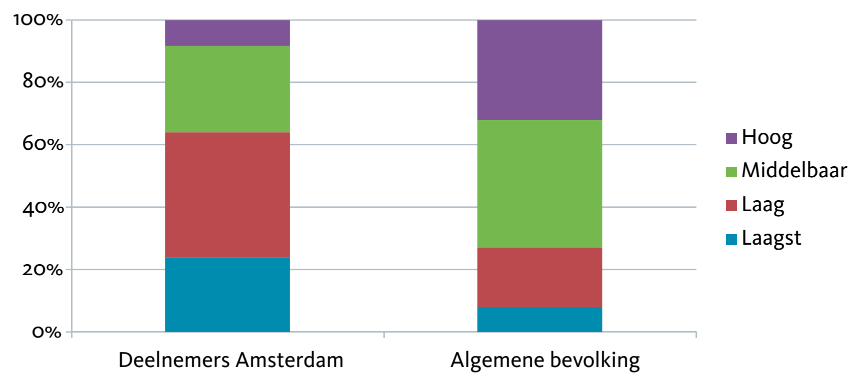
Opleiding

Het opleidingsniveau van de deelnemers is over het algemeen (zeer) laag[5] (zie figuur 1.2). In de algemene bevolking van 25 t/m 64 jaar heeft 8,0% ten hoogste de lagere school afgerond; bij de deelnemers is dat ten tijde van de vierde meting 23,9%.

[4] Bij het vaststellen van etniciteit is de definitie van het CBS gehanteerd: een deelnemer werd aangemerkt als allochtoon als de deelnemer zelf (eerste generatie) of tenminste één van zijn ouders (tweede generatie) in het buitenland geboren was.

[5] Bij het vaststellen van opleidingsniveau is de indeling van het CBS gehanteerd. ‘Geen opleiding’ is toegevoegd bij ‘laagst’.

Figuur 1.2 Opleidingsniveau van de deelnemers ten tijde van de vierde meting (n = 339) en van de algemene bevolking[6]



1.4 Analyses

Voor zover statistisch mogelijk, zijn in deze rapportage veranderingen tussen metingen bij de deelnemers getoetst op statistische significantie en zijn de resultaten weergegeven voor de totale groep deelnemers én voor elk van de daklozenprofielen in het cohort. Zo zijn veranderingen in zorggebruik (hoofdstuk drie) en in de subjectieve beleving van de woonsituatie (hoofdstuk vier) tussen de eerste en vierde meting statistisch getoetst met een McNemar test, en zijn verschillen in de kwaliteit van leven en in zelfbepaling tussen de eerste en vierde meting (hoofdstuk vijf) getoetst met gepaarde t-testen. De vragen over de ervaringen met een traject en de geboden hulp (hoofdstuk twee) zijn alleen tijdens de vierde meting aan de respondenten voorgelegd (daardoor geen verandertoetsing mogelijk). De daklozenprofielen komen aan bod in hoofdstuk vier en hoofdstuk vijf, waarbij verschillen tussen de profielen (hoofdstuk vier) getoetst zijn met Chi-square testen of Anova (met post-hoc test). Bij alle analyses in hoofdstuk drie zijn uitsluitend de deelnemers meegenomen die zowel aan de eerste als de vierde meting hadden meegedaan. In hoofdstuk vier en hoofdstuk vijf zijn bij de analyses de deelnemers geselecteerd die niet alleen aan de eerste en vierde meting hadden deelgenomen, maar ook aan de tweede meting, daar de profielen op de tweede meting zijn vastgesteld (Van der Laan et al., 2013).
Om de twee kernvragen van de cohortstudie te beantwoorden, namelijk wat de voorspellers zijn van stabiele huisvesting (hoofdstuk vier) en wat de voorspellers zijn van de subjectieve levenskwaliteit (hoofdstuk vijf), is respectievelijk een multivariate logistische regressieanalyse en een multivariate lineaire regressieanalyse toegepast volgens de backward selectieprocedure (met een exclusie p-waarde van ≥ .05). De kenmerken met univariaat een p-waarde kleiner dan .25 zijn meegenomen in het predictiemodel van beide regressieanalyses (Bursac et al., 2008).
Niet alle respondenten gaven op alle vragen een antwoord. De ontbrekende antwoorden zijn 'missings'. Tot de 'missings' horen ook 'weet niet' en 'geen antwoord' (tenzij anders vermeld). Door de 'missings' kan het aantal deelnemers, of de 'n', per resultaat verschillen. Als het aantal deelnemers per resultaat wisselt dan wordt dit aangeduid met 'n_{range}'. De statistische details van de voor dit rapport uitgevoerde analyses staan in bijlage 1.

[6] Gegevens uit: Verweij, Sanderse & Van der Lucht (2011).

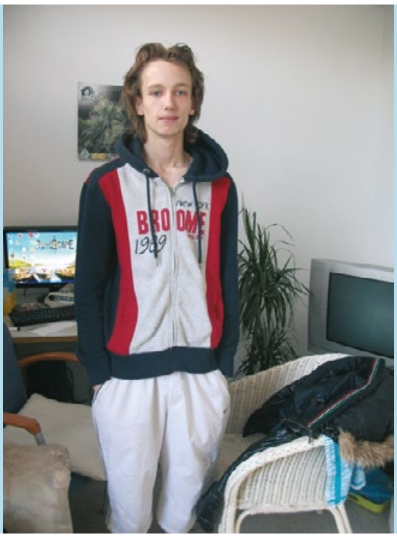
1.5 Rol van deelnemerspanels en klankbordgroep

Elke stad had voor de cohortstudie een deelnemerspanel van (ex-)dakloze mensen die actief zijn in verschillende cliëntenorganisaties of belangenorganisaties. Deelnemerspanels dachten mee over de uitvoering van het onderzoek en gaven steeds verbetersuggesties voor de rapportages. Daarnaast had de cohortstudie een klankbordgroep bestaande uit medewerkers van het Ministerie van VWS, Vereniging Nederlandse Gemeenten, Federatie Opvang, een vertegenwoordiging van beleidsmedewerkers van de G4, leden van cliëntorganisaties en medewerkers van universiteiten en hogescholen. De conceptversie van deze laatste rapportage is, evenals de voorgaande rapportages, aan de deelnemerspanels en de klankbordgroep voorgelegd.

1.6 Leeswijzer

Naast dit inleidende hoofdstuk bestaat dit rapport uit zes hoofdstukken. Hoofdstuk twee beschrijft de ervaringen van deelnemers met een traject en met de geboden hulp. Hoofdstuk drie biedt inzicht in het zorggebruik en de zorgaansluiting van deelnemers ten tijde van het vierde interview en de veranderingen hierin ten opzichte van de eerste meting. Hoofdstuk vier beschrijft de woonsituatie en woonwensen van deelnemers in de totale groep en in de daklozenprofielen ten tijde van de vierde meting. Verder beschrijft hoofdstuk vier de woontransities die de deelnemers doormaakten sinds de tweede meting. Tevens rapporteert dit hoofdstuk veranderingen tussen de eerste en vierde meting in de subjectieve beleving van de woonsituatie, voor de totale groep en de profielen. Daarnaast geeft hoofdstuk vier antwoord op één van de kernvragen van deze cohortstudie, namelijk wat de voorspellers zijn van stabiele huisvesting. Hoofdstuk vijf schetst de door deelnemers ervaren kwaliteit van leven (op diverse leefdomeinen) en de ervaren mate van zelfbepaling ten tijde van de vierde meting, evenals de veranderingen hierin tussen de eerste en vierde meting (wederom voor de totale groep en per daklozenprofiel). Dit hoofdstuk behandelt ook een kernvraag van de cohortstudie, namelijk wat de voorspellers zijn van de algemene kwaliteit van leven. Hoofdstuk zes geeft een samenvatting van de resultaten. Het rapport sluit in hoofdstuk zeven af met een beschouwing en geeft aanknopingspunten voor verbetering van de hulpverlening aan dakloze mensen en de beleidsontwikkeling voor deze groep.









2. Trajecten, geboden hulp en ervaren verbeteringen in de leefsituatie

Dit hoofdstuk geeft informatie over de trajecten van de deelnemers voor zover zij hierop zelf zicht hebben. Aan de orde komen ook de ervaringen met de geboden hulp en de in de afgelopen periode van 2,5 jaar ervaren verbeteringen in de eigen situatie.

2.1 Traject

Een traject is in deze studie gedefinieerd en aan de deelnemers uitgevraagd als een plan waarin persoonlijke doelen voor de deelnemers zijn opgesteld op de gebieden wonen, zorg, inkomen en dagbesteding. Dit plan is opgesteld nadat de deelnemer zich had aangemeld bij het centrale meldpunt in zijn of haar stad.
Bij de analyse van de gegevens over trajecten is een onderscheid gemaakt in deelnemers die naar eigen zeggen:

1. ten tijde van de vierde meting een lopend traject hebben (35,4%, $n = 133$);
2. in de voorafgaande periode van 2,5 jaar een traject hadden afgesloten (30,9%, $n = 116$), of;
3. nooit een traject hebben gehad (29,3%, $n = 110$).

Zeventien deelnemers (4,5%) weten niet of zij wel of geen traject hebben gehad. Tussen de daklozenprofielen bestaat geen significant verschil ($p > .05$) in aantal deelnemers met: 1) een traject, 2) een afgesloten traject, en 3) geen traject.

Ad 2 Afgesloten traject
Voor de afsluiting van het traject noemen deelnemers ($n = 116$) de volgende redenen:

- De deelnemer en de hulpverlener(s) besloten gezamenlijk dat de deelnemer geen hulp meer nodig had (44,0%).
- De deelnemer wenste geen hulp meer (hulp werd onnodig, niet tevreden over hulp, verhuizing, etc.) (30,2%).
- Hulp gewenst door deelnemer, maar niet gekregen (bijvoorbeeld omdat de reclassering stopte en daardoor ook het traject) (18,1%).
- Reden onbekend ofwel deelnemer weet niet waarom traject stopte (7,8%).

Ad 3 Geen traject
Van de 110 deelnemers die menen nooit een traject te hebben gehad, geeft ongeveer de helft (50,9%) hiervoor geen reden aan. Degenen die hiervoor wel redenen aanvoeren, noemen:

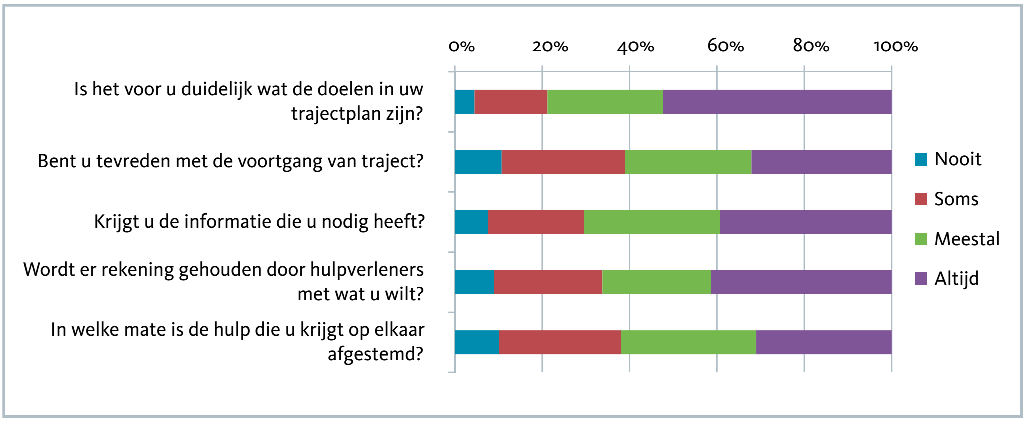
- Deelnemer kwam niet in aanmerking voor een traject (35,5%), bijvoorbeeld omdat hij niet langer dakloos was op het moment dat het traject zou starten, een ziektewetuitkering ontving of te zelfstandig gevonden werd.
- Deelnemer wilde geen traject (13,6%), bijvoorbeeld omdat hij er niet voor open stond of een traject niet nodig vond omdat hij zijn eigen zaken regelde.
- Andere reden (4,5%), zoals ‘er kwam van alles tussen met de kinderen’.

2.2 Ervaringen met de geboden hulp

Ervaringen met een lopend traject

Iets meer dan de helft (52,3%) van de deelnemers met een lopend traject (n = 133) vindt de doelen in het trajectplan altijd duidelijk; een enkeling (4,5%) vindt de trajectdoelen nooit duidelijk (zie figuur 2.1). Ongeveer een derde deel (32,1%) is altijd tevreden over de voortgang van het traject en 10,7% is hier nooit tevreden over. Vier tiende deel (39,4%) meent altijd de informatie te krijgen die zij nodig hebben; 7,6% vindt dit nooit het geval. Iets meer dan vier tiende deel (41,4%) vindt dat hulpverleners altijd rekening houden met wat zij willen; 9,0% vindt dat dit nooit gebeurt. Iets minder dan een derde (31,0%) ervaart de geboden hulp altijd als afgestemd en een tiende deel (10,1%) heeft die ervaring nooit.

Figuur 2.1 **Ervaringen met de geboden hulp door deelnemers met een lopend traject ten tijde van de vierde meting (n_{range} = 129 – 133)**



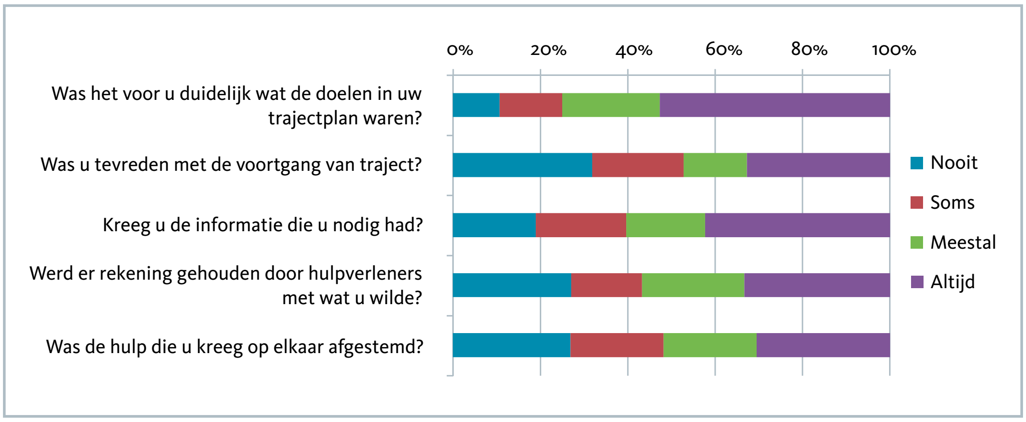
Een kwart (25,6%; n = 34) van de deelnemers met een lopend traject is wel eens geweigerd door een hulpverleningsorganisatie voor:

- psychiatrische hulp (n = 4);
- ambulante woonbegeleiding (n = 8);
- verslavingszorg (n = 3);
- medische zorg (n = 3);
- maatschappelijk werk (n = 6);
- schuldhulpverlening (41,2%; n = 14);
- rechtshulp (n = 2), en/of
- een andere organisatie, zoals de sociale dienst en de maatschappelijke opvang (35,3%; n = 12).

Ervaringen met een afgesloten traject

Iets meer dan de helft (52,7%) van de deelnemers met een afgesloten traject (n = 116) vond de doelen in het trajectplan altijd duidelijk; ongeveer een tiende deel (10,7%) vond de doelen in het trajectdoelen nooit duidelijk (zie figuur 2.2). Een derde deel (32,7%) was altijd tevreden over de voortgang van het traject; een nagenoeg even groot deel (31,8%) was hier nooit tevreden over. Iets meer dan twee vijfde (42,3%) is van mening dat zij altijd de informatie kregen die zij nodig hadden; 18,9% vond dit nooit het geval. Een derde deel (33,3%) vindt dat hulpverleners altijd rekening hielden met wat zij wilden; 27,0% meent dat dit nooit gebeurde. Iets minder dan een derde (30,6%) ervoer de geboden hulp altijd als afgestemd; 26,9% had die ervaring nooit.

Figuur 2.2 **Ervaringen met de geboden hulp door deelnemers met een afgesloten traject in de afgelopen 2,5 jaar (n_{range} = 108 – 112)**



Ongeveer een kwart (26,7%, n = 23) van de deelnemers met een afgesloten traject is wel eens geweigerd door een hulpverleningsorganisatie voor:

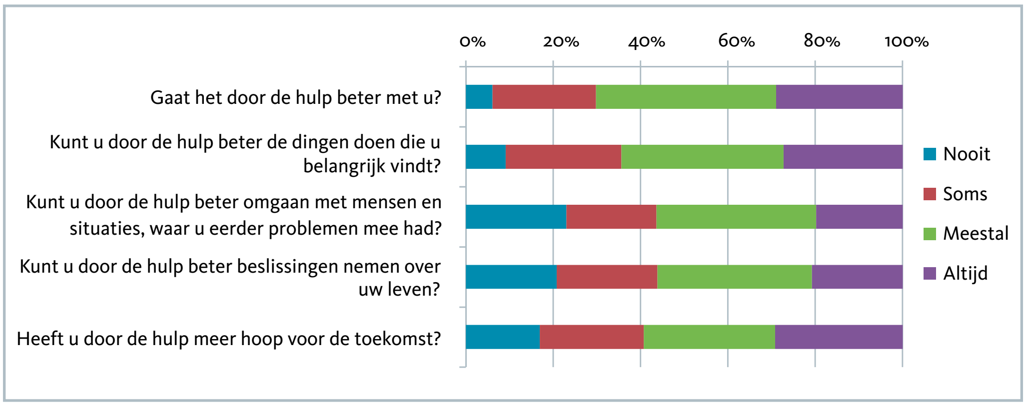
- psychiatrische hulp (n = 1);
- ambulante woonbegeleiding (n = 10);
- verslavingszorg (n = 2);
- medische zorg (n = 1);
- maatschappelijk werk (n = 3);
- schuldhulpverlening (n = 9);
- rechtshulp (n = 1), en/of
- een andere organisatie, waaronder jeugdzorg en de maatschappelijke opvang (38,7%, n = 12).

2.3 Ervaren baat van de hulp

Ervaren baat van een lopend traject

Ruim een kwart (29,0%) van de deelnemers met een lopend traject (*n* = 133) ervaart dat het door de hulp altijd beter gaat; 6,1% merkt dat dit nooit zo is (zie figuur 2.3). Iets meer dan een kwart (27,3%) meent altijd door de hulp beter de dingen te kunnen doen die zij belangrijk vinden; 9,1% geeft aan dat dit voor hen nooit geldt. Een vijfde deel (19,8%) meent door de hulp altijd beter om te kunnen gaan met mensen en situaties waar zij eerder problemen mee hadden; bijna een kwart (23,0%) ervaart dit nooit te kunnen. Ongeveer een vijfde deel (20,8%) kan naar eigen zeggen door de hulp altijd beter beslissingen nemen over hun leven; een precies even groot deel (20,8%) geeft aan dat hier nooit sprake van is. Meer dan een kwart (29,2%) krijgt door de hulp altijd meer hoop voor de toekomst; ruim een tiende deel (16,9%) vindt dat dit nooit zo is.

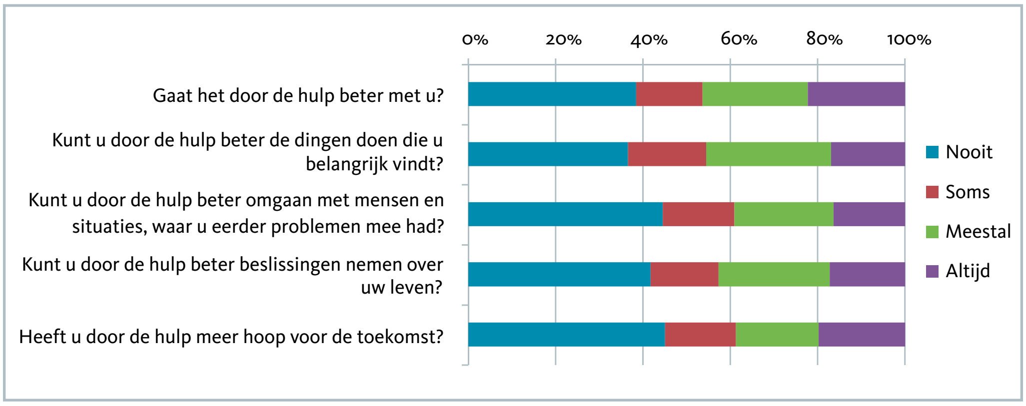
Figuur 2.3 **Ervaren baat van de geboden hulp door deelnemers met een lopend traject ten tijde van de vierde meting (n_{range} = 126 – 132)**



Ervaren baat van een afgesloten traject

Bijna een kwart (22,3%) van de deelnemers met een afgesloten traject (*n* = 116) ervaart dat het door de hulp altijd beter gaat; ruim een derde (38,4%) vindt dat dit nooit het geval is (zie figuur 2.4). Bijna een vijfde (17,0%) merkt altijd door de hulp beter de dingen te kunnen doen die zij belangrijk vinden; meer dan een derde (36,6%) meent dat hier nooit sprake van is. Meer dan een tiende deel (16,4%) ervaart dat zij door de hulp altijd beter om kunnen gaan met mensen en situaties waar zij eerder problemen mee hadden; een aanzienlijk groter deel, 44,5% geeft aan dit nooit te kunnen. Bijna een vijfde deel (17,3%) kan naar eigen zeggen door de hulp altijd beter beslissingen nemen over hun leven; 41,8% meent dat hier nooit sprake van is. Een vijfde deel (19,8%) krijgt door de hulp altijd meer hoop voor de toekomst; 45,0% vindt dat dit nooit zo is.

Figuur 2.4 **Ervaren baat van de geboden hulp bij deelnemers met een afgesloten traject ten tijde van de vierde meting (n_{range} = 110 – 112)**



2.4 Ervaren verbeteringen in de eigen situatie

Ervaren verbeteringen door deelnemers met een lopend traject

De deelnemers met een lopend traject (n = 133) hebben in de afgelopen 2,5 jaar naar eigen zeggen hun doelen:

- helemaal behaald (9,8%), behaald (25,6%), een beetje behaald (37,6%);
- wel behaald / niet behaald (3,0%);
- een beetje niet behaald (4,5%), niet behaald (15,0%) of helemaal niet behaald (4,5%).

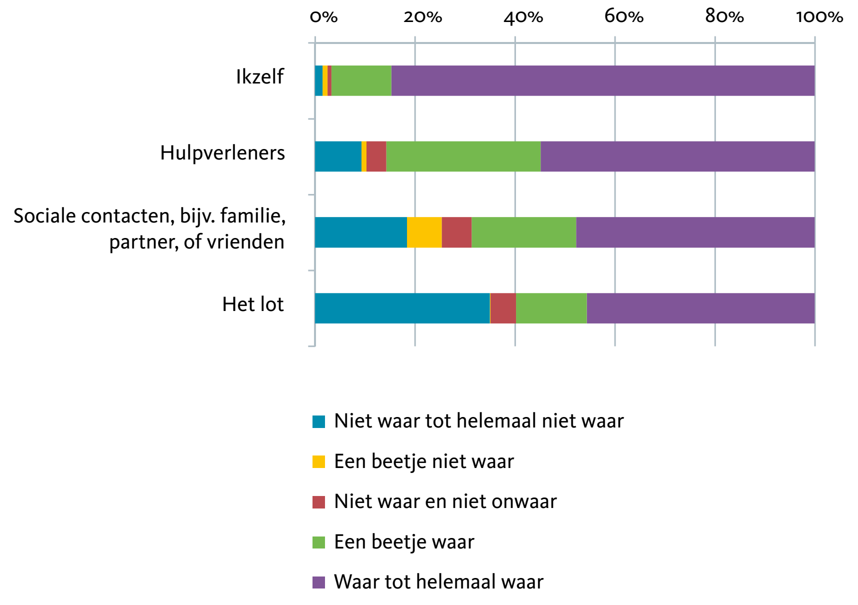
Over de veranderingen in de eigen situatie in de afgelopen 2,5 jaar is deze groep deelnemers:

- helemaal tevreden (14,3%), tevreden (54,1%), een beetje tevreden (15,0%);
- wel tevreden / niet tevreden (3,0%);
- een beetje niet tevreden (0,8%), niet tevreden (8,3%), helemaal niet tevreden (4,5%).

Een enkeling (2,3%) ervaart geen verbetering in de eigen situatie in de afgelopen 2,5 jaar; de meesten (n = 119) ervaren wel verbetering en vinden dat hieraan (in grote mate)[7] heeft bijgedragen (zie figuur 2.5):

- zijzelf (85,4%);
- hulpverleners (55,1%);
- sociale contacten (bv. familie, partner of vrienden) (47,7%), en/of
- het lot (44,5%).

Figuur 2.5 **Bijdrage aan verbeteringen in de eigen situatie in de afgelopen 2,5 jaar bij deelnemers met een lopend traject ten tijde van de vierde meting (n_{range}= 119 – 130)**



[7] Dit zijn de categorieën waar of helemaal waar.

Ervaren verbeteringen door deelnemers met een afgesloten traject

De deelnemers met een afgesloten traject (n = 116) hebben in de afgelopen 2,5 jaar naar eigen zeggen hun doelen:

- helemaal behaald (13,0%), behaald (27,8%), een beetje behaald (31,3%);
- wel behaald en niet behaald (4,3%);
- een beetje niet behaald (2,6%), niet behaald (13,9%), helemaal niet behaald (7,0%).

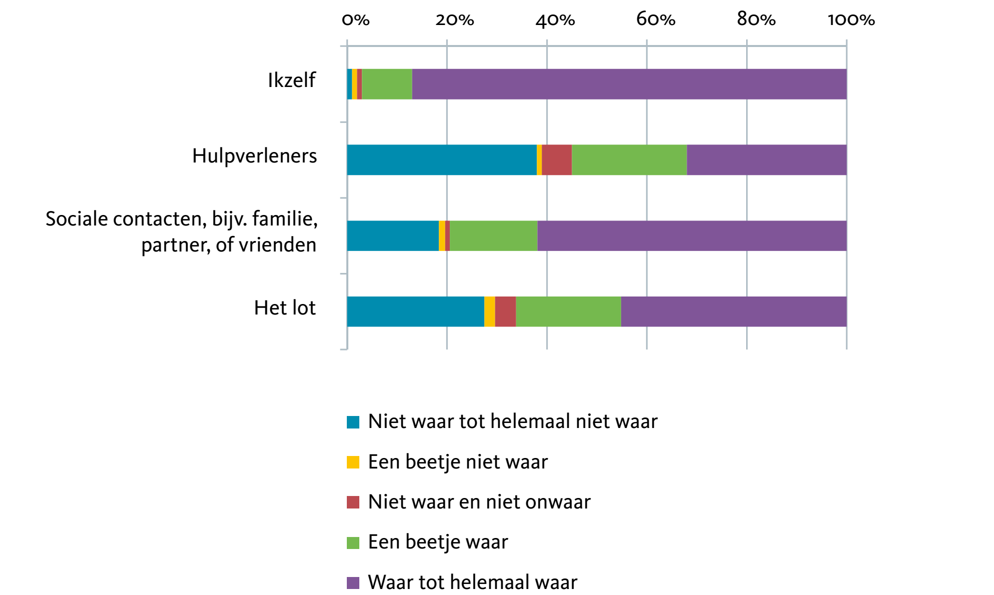
Over de veranderingen in de eigen situatie in de afgelopen 2,5 jaar is deze groep deelnemers:

- helemaal tevreden (18,1%), tevreden (52,6%), een beetje tevreden (12,1%);
- wel tevreden en niet tevreden (1,7%);
- een beetje niet tevreden (1,7%), niet tevreden (12,1%), helemaal niet tevreden (1,7%).

Minder dan een tiende (6,9%) ervaart geen verbetering in de eigen situatie in de afgelopen 2,5 jaar; de meesten (n = 95) doen dat wel en vinden dat dit (in grote mate) komt door (zie figuur 2.6):

- henzelf (87,0%);
- hulpverleners (32,4%);
- sociale contacten (bv. familie, partner of vrienden) (59,8%), en/of
- het lot (45,3%).

Figuur 2.6 **Bijdrage aan verbeteringen in de eigen situatie in de afgelopen 2,5 jaar bij deelnemers met een afgesloten traject ten tijde van de vierde meting (n_{range}= 95 – 108)**



Ervaren verbeteringen door deelnemers zonder traject

De deelnemers zonder traject (*n* = 110) hebben in de voorafgaande periode van 2,5 jaar naar eigen zeggen hun doelen:

- helemaal behaald (3,7%), behaald (23,9%), een beetje behaald (22,9%);
- wel behaald en niet behaald (7,3%);
- een beetje niet behaald (5,5%), niet behaald (22,0%), helemaal niet behaald (14,7%).

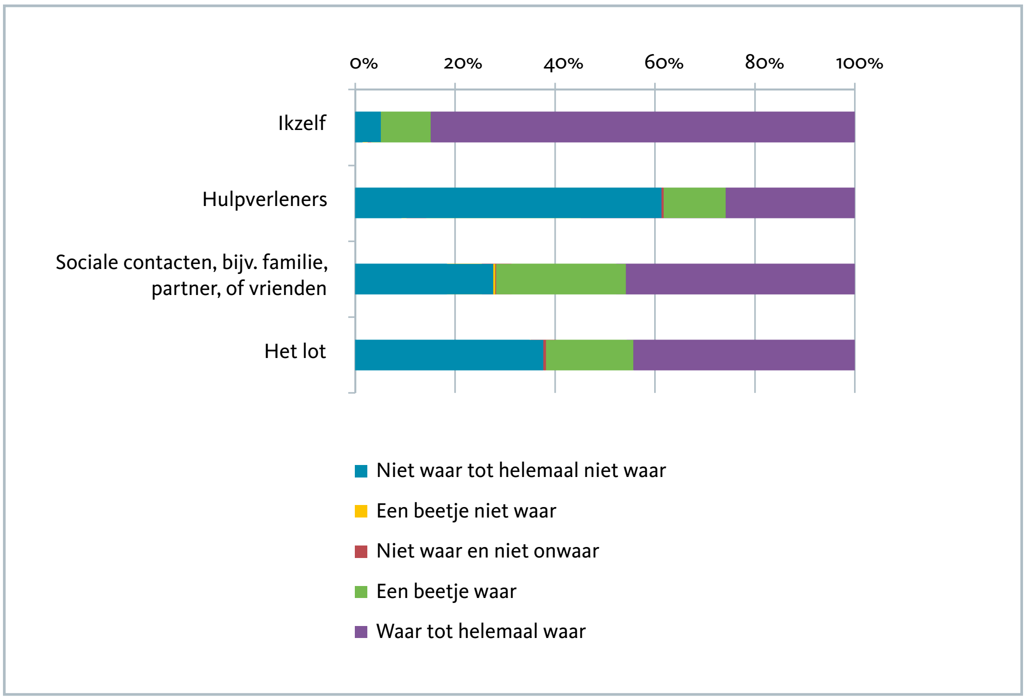
Over de veranderingen in de eigen situatie in de voorafgaande periode van 2,5 jaar is deze groep deelnemers:

- helemaal tevreden (13,6%), tevreden (40,9%), een beetje tevreden (18,2%);
- wel tevreden en niet tevreden (7,3%);
- een beetje niet tevreden (1,8%), niet tevreden (6,4%), helemaal niet tevreden (11,8%).

Een tiende deel (10,0%) ervaart geen verbetering in de eigen situatie in de afgelopen 2,5 jaar; de meesten (*n* = 87) doen dat wel en wijten dit (in grote mate) aan (zie figuur 2.7):

- henzelf (84,7%);
- hulpverleners (24,5%);
- sociale contacten (bv. familie, partner of vrienden) (43,8%), en/of
- het lot (42,5%).

Figuur 2.7 **Bijdrage aan verbeteringen in de eigen situatie in de afgelopen 2,5 jaar bij deelnemers die nooit een traject hebben gehad (n_{range}= 87 – 98)**




ASR
verzekeringen


ASR
verzekeringen


ASR
verzekeringen



3. Zorggebruik en zorgaansluiting

In dit hoofdstuk staan het zorggebruik en de zorgaansluiting bij deelnemers centraal. Eerst komt het zorggebruik aan de orde ten tijde van de vierde meting, inclusief veranderingen hierin sinds de eerste meting. Daarna volgt een beschrijving van de zorgaansluiting ten tijde van de vierde meting en de veranderingen hierin tussen de eerste en vierde meting bij huisvesting, financiën, dagbesteding en het vinden van werk.

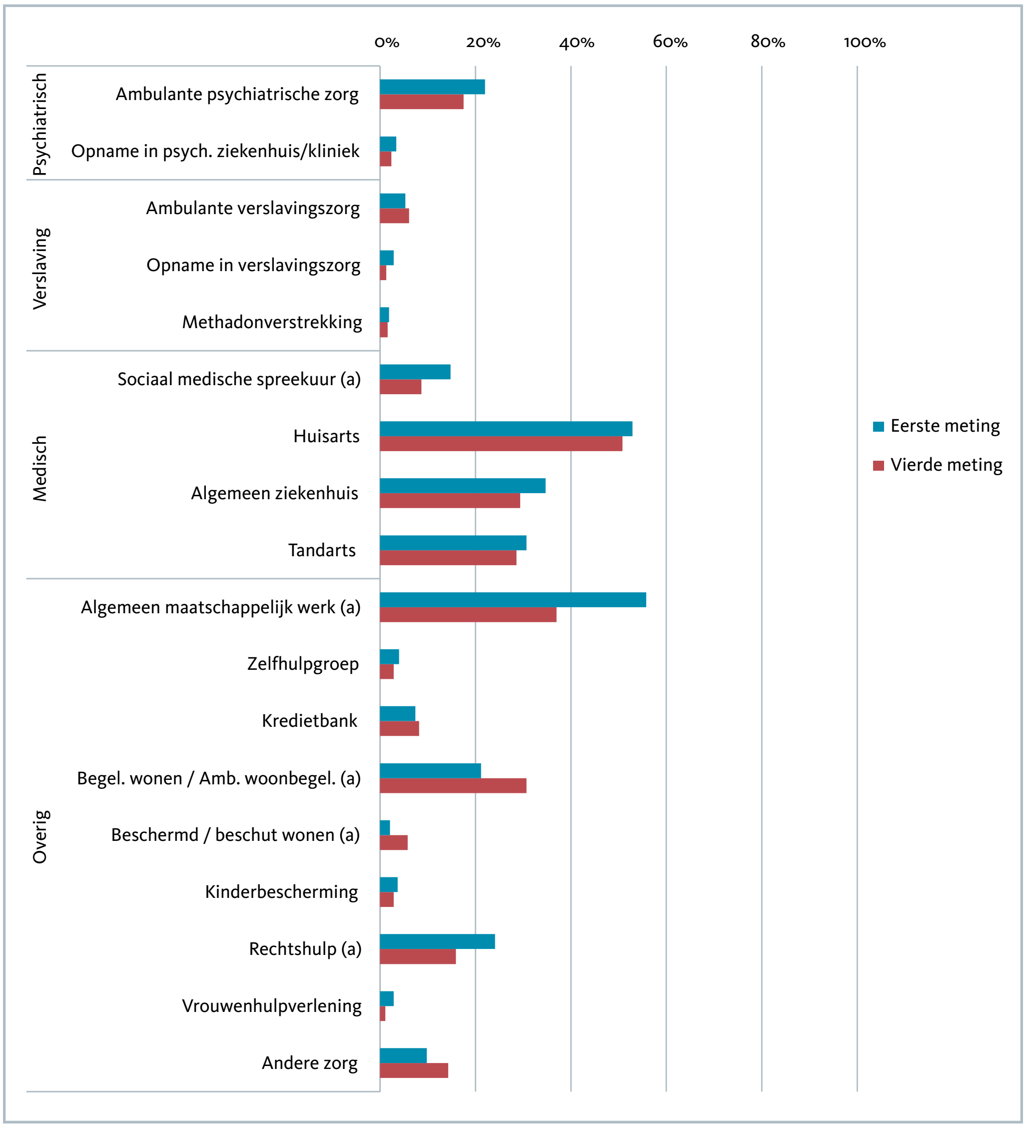
3.1 Zorggebruik

In het half jaar voorafgaand aan de vierde meting maakten de deelnemers vooral gebruik van medische zorg: voornamelijk de huisarts (50,8%), een algemeen ziekenhuis (29,4%) en de tandarts (28,6%) (zie figuur 3.1). Ook had 37,0% contact met het algemeen maatschappelijk werk. Daarnaast ontving 30,7% van de deelnemers woonbegeleiding (bij een eigen huurcontract en bij een huurcontract op naam van een instelling), kreeg 17,5% ambulante psychiatrische zorg en had 15,9% contact met rechtshulp. Andere vormen van zorg gebruikte minder dan 15,0% van de deelnemers in het half jaar voorafgaand aan de vierde meting.

3.2 Veranderingen in zorggebruik

In het half jaar voorafgaand aan de vierde meting hadden significant ($p < .05$) meer deelnemers woonbegeleiding (30,7%) dan in het half jaar voor de eerste meting (21,2%). Ook maakten significant meer deelnemers gebruik van beschermd of beschut wonen (5,8% bij de vierde meting en 2,1% bij de eerste meting). In het half jaar voorafgaand aan de vierde meting hadden significant minder deelnemers contact met het algemeen maatschappelijk werk (37,0% bij de vierde meting en 55,8% bij de eerste meting), maakten zij minder gebruik van sociaal medische spreekuren (8,7% bij de vierde meting en 14,8% bij de eerste meting) en van rechtshulp (15,9% bij de vierde meting en 24,1% bij de eerste meting) dan in het half jaar voor de eerste meting.

Figuur 3.1 **Zorggebruik in het half jaar voorafgaand aan de eerste meting en in het half jaar voorafgaand aan de vierde meting (*n* = 378)**



(a) *Significant verschil tussen eerste en vierde meting (p < .05).*

3.3 Zorgaansluiting

Wij vroegen de deelnemers op verschillende leefgebieden: (a) *'Wilt u hulp op dit gebied?'* en (b) *'Krijgt u hierbij hulp van instanties?'*, waarop zij konden antwoorden met *'ja'* of *'nee'*. Aan de hand van de antwoorden van deelnemers en begeleiders ontstaan vier vraag-aanbodconfiguraties (Maas et al., 2012; Wolf et al., 2006a):

A. Hulp gewenst en ontvangen.
B. Hulp niet gewenst maar wel ontvangen.
C. Hulp gewenst maar niet ontvangen.
D. Hulp niet gewenst en ook niet ontvangen.

Bij *A* en *D* is in principe sprake van een match tussen vraag en aanbod, bij *B* is sprake van ongevraagde bemoeienis en bij *C* zijn er onvervulde hulpbehoeften.

Vervulde hulpbehoefte het vaakst bij financiën

Ongeveer twee vijfde (41,8%) van de deelnemers heeft een vervulde hulpbehoefte bij hun financiën ('hulp gewenst en ontvangen') (zie figuur 3.2 a). Een kwart (24,6%) van de deelnemers wenst en ontvangt hulp bij hun gebit. Vervulde hulpbehoeften zijn er verder vooral bij de lichamelijke gezondheid (21,3%), huisvesting en woonruimte (20,8%) en de geestelijke gezondheid (15,2%).

Ongevraagde bemoeienis komt weinig voor

Deelnemers aan de cohortstudie ervaren over het algemeen weinig ongevraagde bemoeienis ('hulp niet gewenst, maar wel ontvangen'). Op de meeste leefgebieden gaat het om minder dan 5,0% van de deel-nemers. Ongevraagde bemoeienis ervaren deelnemers nog het meest bij hun financiën (9,6%).

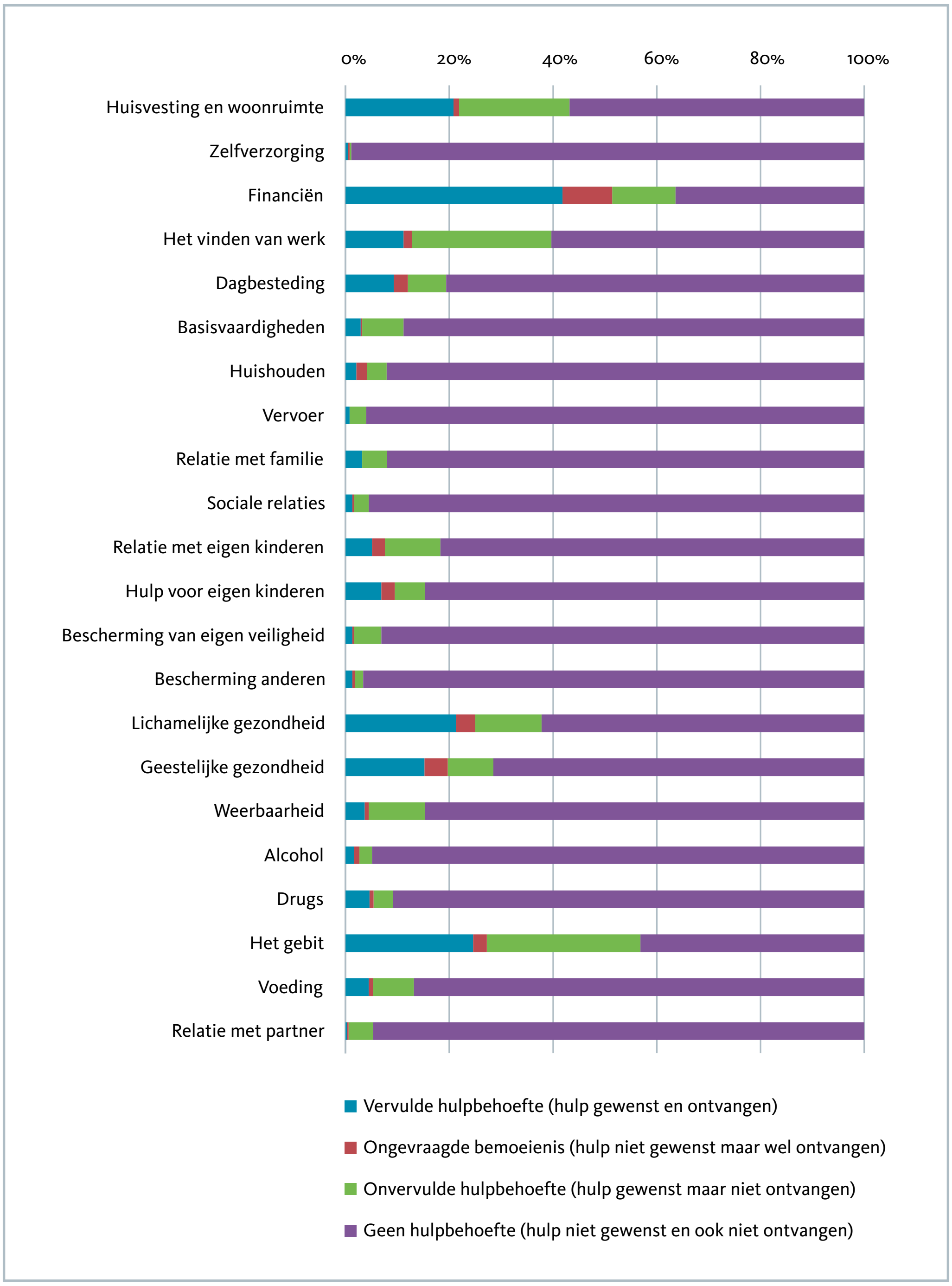
Onvervulde hulpbehoefte het vaakst bij gebitsproblemen

Ruim een kwart (29,6%) van de deelnemers wil hulp bij hun gebit, maar krijgt die niet. Onvervulde hulpbehoeften zijn er daarnaast vooral bij het vinden van werk (26,9%), huisvesting en woonruimte (21,3%), en ook bij de lichamelijke gezondheid (12,8%) en de financiële situatie (12,2%)

Meest voorkomend: 'hulp niet gewenst en niet ontvangen'

Op een groot aantal leefgebieden wenst en ontvangt meer dan 90% van de deelnemers geen hulp waar zij ook geen hulp wensen. Het gaat om de leefgebieden: zelfverzorging, huishouden, vervoer, relatie met familie, sociale relaties, bescherming van de eigen veiligheid, bescherming van anderen, alcohol, drugs, en relatie met de partner.

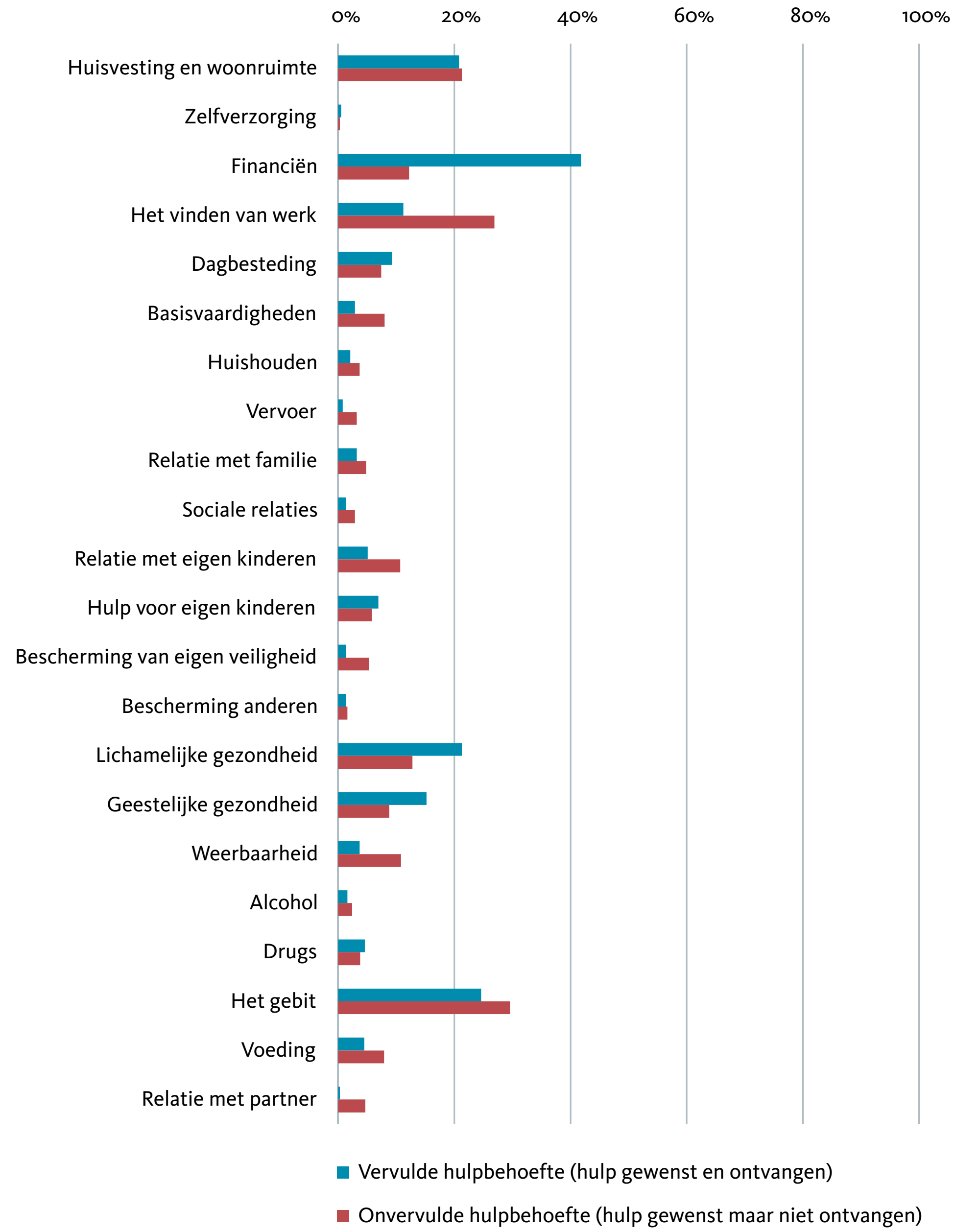
Figuur 3.2 a **Gewenste en ontvangen hulp ten tijde van de vierde meting (n_{range}= 368 – 378)**



Noot. Relatie met eigen kinderen *n* = 197; hulp voor eigen kinderen *n* = 189, relatie met partner *n* = 338.

Om inzicht te geven in de verhouding tussen vervulde en onvervulde hulpbehoeften per leefgebied geven we in figuur 3.2 b het percentage deelnemers met een vervulde hulpbehoefte en het percentage deelnemers met een onvervulde hulpbehoefte ten tijde van de vierde meting.

***Figuur 3.2 b* Vervulde hulpbehoeften en onvervulde hulpbehoeften ten tijde van de vierde meting (n_{range}= 368 – 378)**



Noot. Relatie met eigen kinderen *n* = 197; hulp voor eigen kinderen *n* = 189, relatie met partner *n* = 338.

3.4 Veranderingen in zorgaansluiting

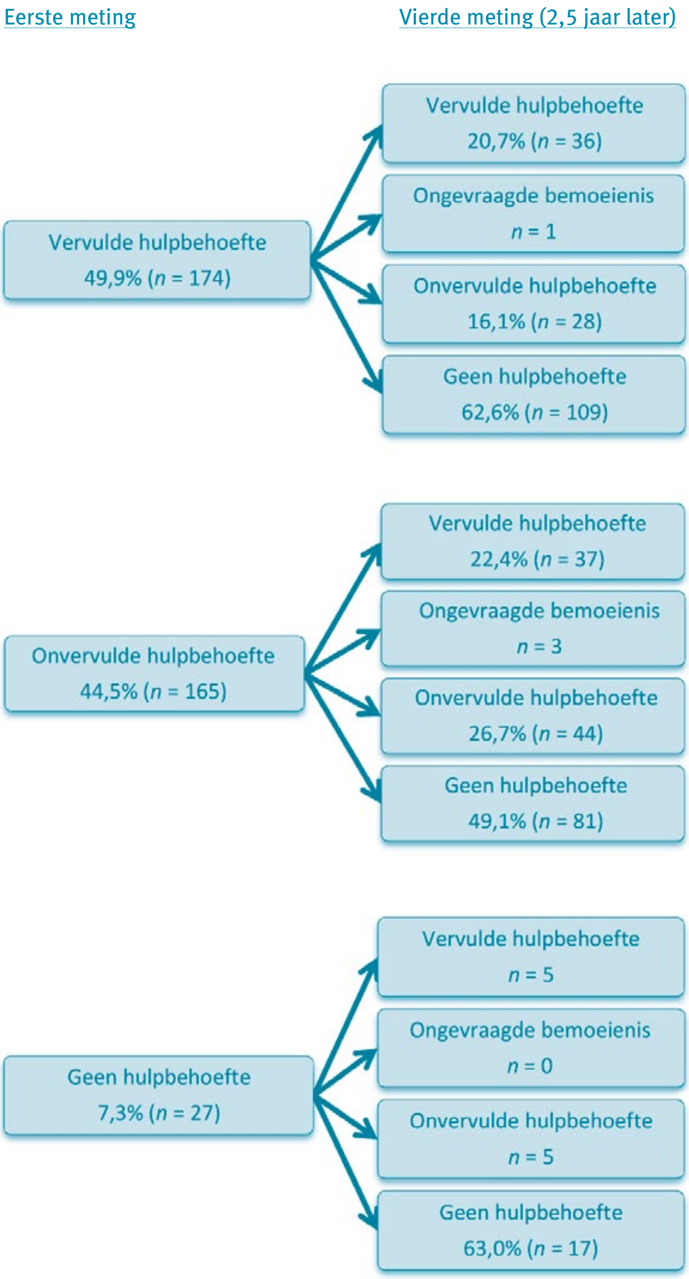
Hier gaan we in op de veranderingen in zorgaansluiting op de leefgebieden die relevant zijn voor de zogenoemde 'stabiele mix'[8] (huisvesting, financiën, dagbesteding en het vinden van werk). Veranderingen zijn vastgesteld tussen de eerste en vierde meting (2,5 jaar).

Veranderingen in zorgaansluiting bij huisvesting (figuur 3.3 a)

- Van de deelnemers met een vervulde hulpbehoefte bij huisvesting tijdens de eerste meting, heeft 62,6% ten tijde van de vierde meting geen hulpbehoefte meer op dit gebied.
- Ongeveer de helft (49,1%) van de deelnemers die tijdens de eerste meting een onvervulde hulpbehoefte had bij huisvesting, heeft ten tijde van de vierde meting hier geen hulpbehoefte meer bij.
- Bij 26,7% van de deelnemers met een onvervulde hulpbehoefte bij huisvesting tijdens de eerste meting, is de hulpbehoefte ten tijde van de vierde meting nog steeds onvervuld.
- Van de deelnemers die tijdens de eerste meting geen hulpbehoefte bij huisvesting hadden, heeft 63,0% ten tijde van de vierde meting nog altijd geen hulpbehoefte.

[8] 'Stabiele mix': vanaf 2011 gedefinieerd als het hebben van stabiele huisvesting, een stabiel inkomen en regelmatig contact met de hulpverlening en daarnaast minstens twee dagdelen per week dagbesteding gedurende minstens drie maanden (Tuynman & Planije, 2014).

Figuur 3.3 a **Zorgaansluiting bij huisvesting ten tijde van de vierde meting, uitgesplitst naar zorgaansluiting tijdens de eerste meting (*n* = 371)[9]**

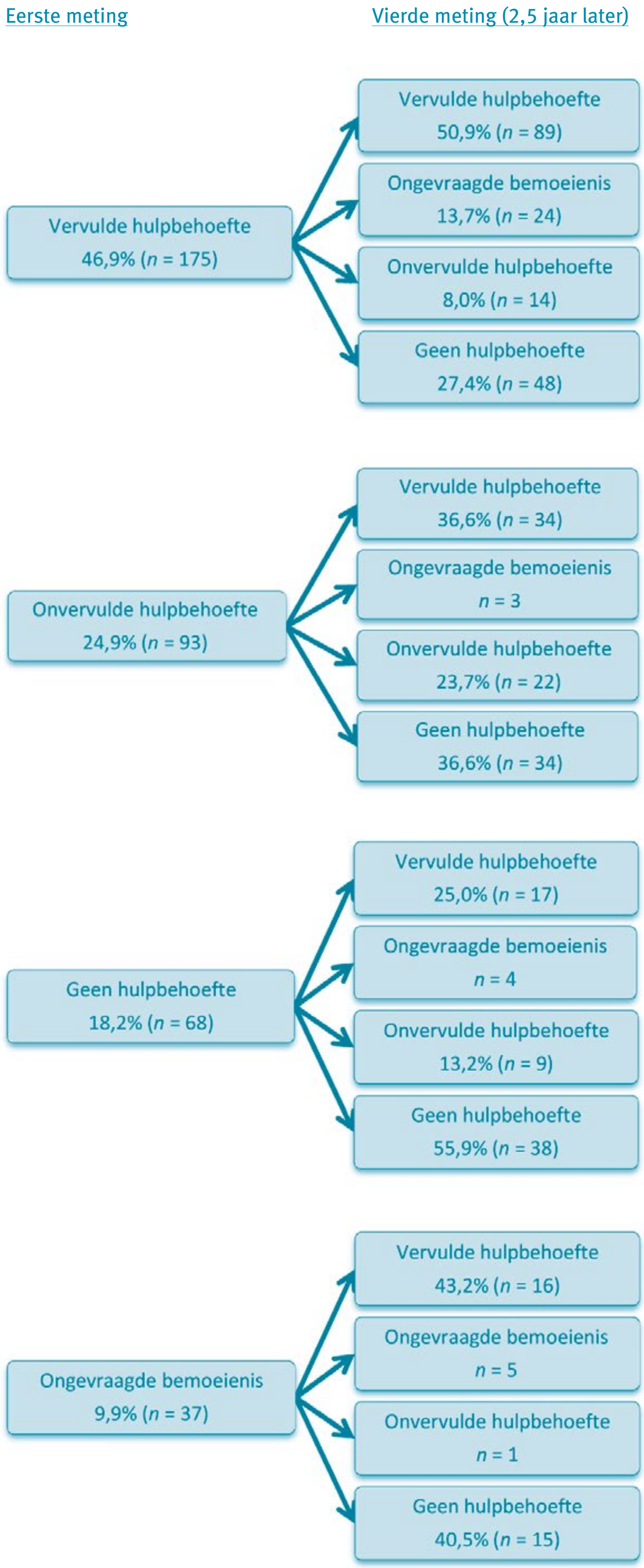


[9] Slechts vijf deelnemers gaven tijdens de eerste meting aan geen hulp bij huisvesting te wensen maar die hulp wel te ontvangen. Dit aantal is te klein om verder uit te splitsen naar de situatie op de vierde meting.

Veranderingen in zorgaansluiting bij financiën (figuur 3.3 b)

- Deelnemers met een vervulde hulpbehoefte bij hun financiën tijdens de eerste meting, hebben hierbij vaak (50,9%) ten tijde van de vierde meting ook een vervulde hulpbehoefte.
- Bij 36,6% van de deelnemers met een onvervulde hulpbehoefte bij hun financiën tijdens de eerste meting, is de behoefte aan hulp op de vierde meting vervuld. Bij nog eens 36,6% is er geen hulpbehoefte meer op dit gebied.
- Bij 23,7% van de deelnemers met een onvervulde hulpbehoefte bij hun financiën tijdens de eerste meting, is de behoefte aan hulp bij hun financiële situatie tijdens de vierde meting nog altijd onvervuld.
- Van de deelnemers die tijdens de eerste meting geen behoefte aan hulp bij hun financiën hadden, is de situatie op de vierde meting veelal (55,9%) onveranderd.
- Bij een kwart (25,0%) van de deelnemers die tijdens de eerste meting geen hulp nodig vond bij hun financiën, is op de vierde meting de hulpbehoefte vervuld.
- Van de deelnemers die geen hulp bij hun financiën wensten maar wel ontvingen tijdens de eerste meting, geeft 43,2% ten tijde van de vierde meting aan hulp op dit vlak te wensen en te ontvangen.

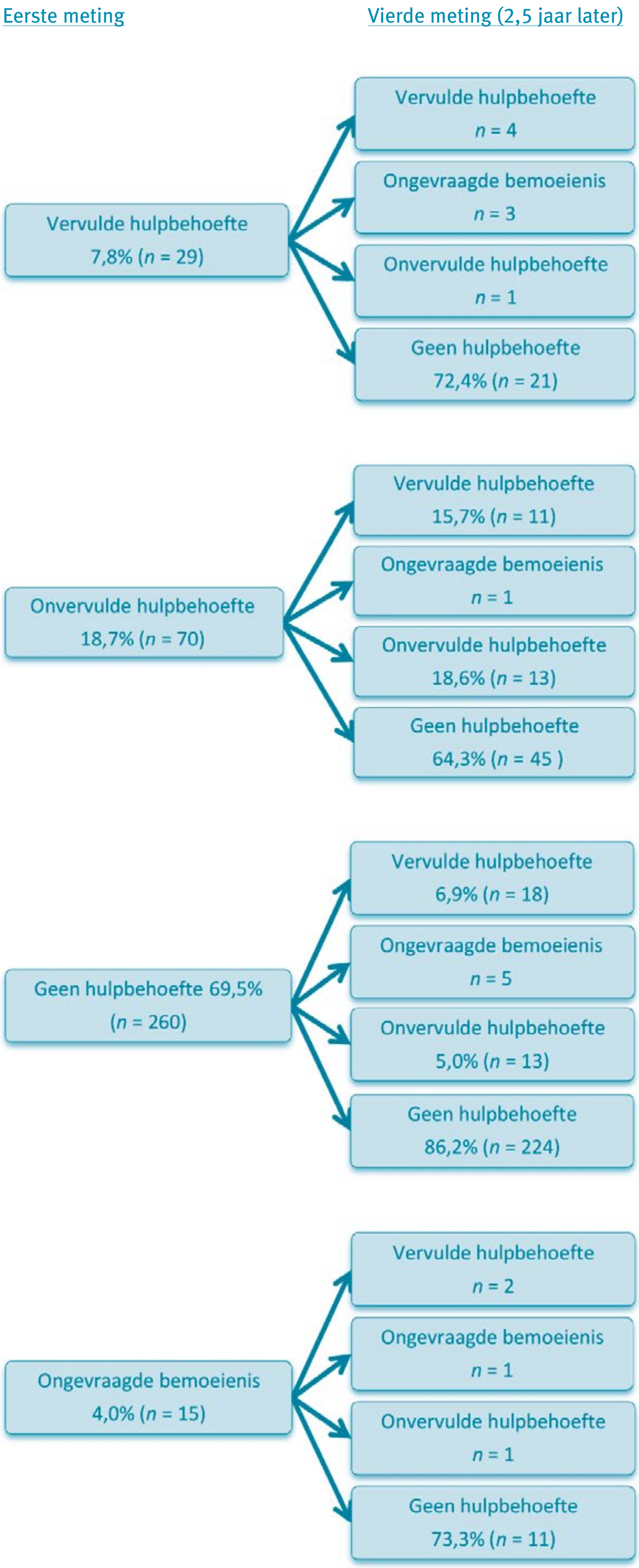
Figuur 3.3 b **Zorgaansluiting bij financiën ten tijde van de vierde meting, uitgesplitst naar zorgaansluiting tijdens de eerste meting (*n* = 373)**



Veranderingen in zorgaansluiting bij dagbesteding (figuur 3.3 c)

- Deelnemers met een vervulde hulpbehoefte bij hun dagbesteding tijdens de eerste meting, hebben 2,5 jaar later meestal (72,4%) geen hulpbehoefte meer op dit gebied.
- Van de deelnemers met een onvervulde hulpbehoefte bij hun dagbesteding tijdens de eerste meting, geven de meeste deelnemers (64,3%) 2,5 jaar later aan geen hulp meer nodig te hebben bij hun dagbesteding.
- Bij het merendeel (86,2%) van de deelnemers die tijdens de eerste meting bij hun dagbesteding geen hulpbehoefte had, is de situatie ten tijde van de vierde meting niet veranderd.
- Van de kleine groep deelnemers bij wie op de eerste meting sprake was van ongevraagde bemoeienis bij hun dagbesteding, hebben de meesten (73,3%) tijdens de vierde meting geen hulpbehoefte en ontvangen zij ook geen hulp.

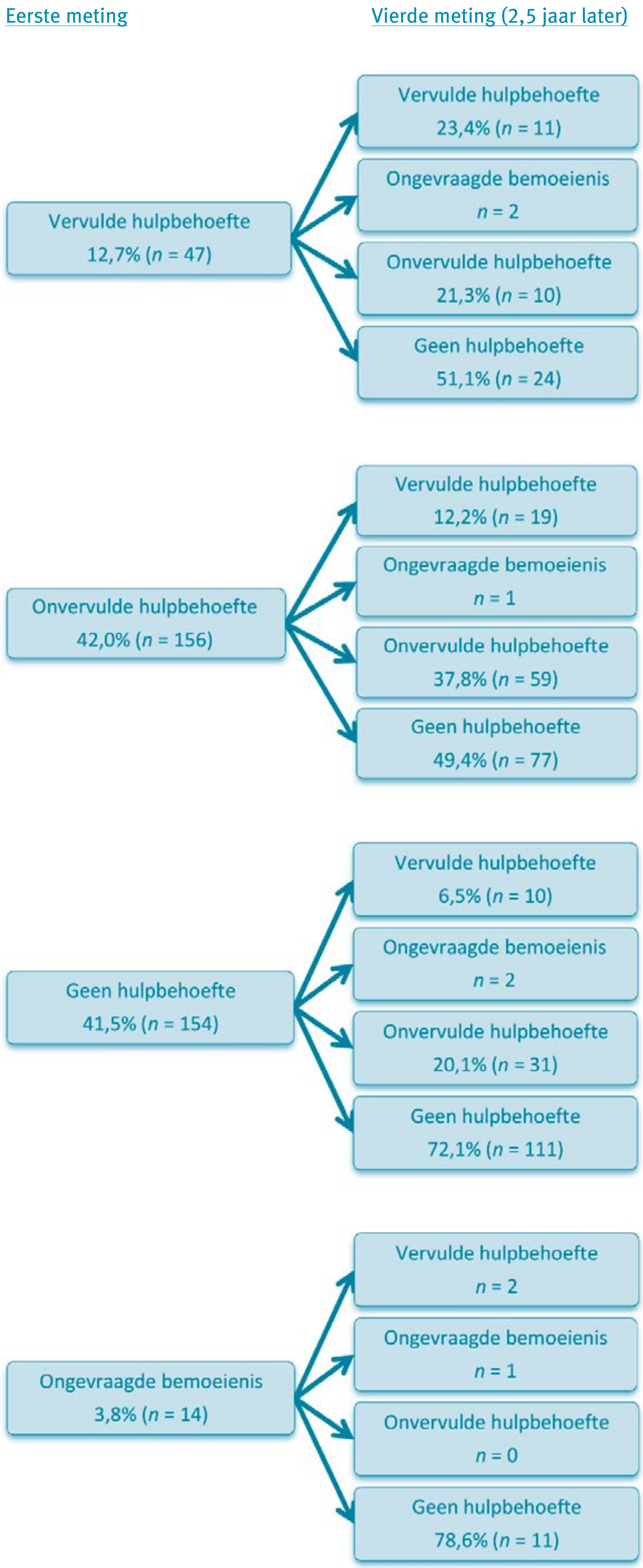
Figuur 3.3 c **Zorgaansluiting bij dagbesteding ten tijde van de vierde meting, uitgesplitst naar zorgaansluiting tijdens de eerste meting (*n* = 374)**



Veranderingen in zorgaansluiting bij het vinden van werk (figuur 3.3 d)

- Van de deelnemers met een vervulde hulpbehoefte bij het vinden van werk tijdens de eerste meting, heeft iets meer dan de helft (51,1%) na 2,5 jaar (nog steeds) geen hulpbehoefte.
- Onder de deelnemers met een onvervulde hulpbehoefte bij het vinden van werk tijdens de eerste meting, zegt 49,4% op de vierde meting geen behoefte meer aan hulp te hebben bij het vinden van werk.
- Ruim een derde (37,8%) van de deelnemers met een onvervulde hulpbehoefte bij het vinden van werk tijdens de eerste meting, heeft op de vierde meting nog altijd een onvervulde hulpbehoefte.
- Bij het merendeel (72,1%) van de deelnemers die tijdens de eerste meting bij het vinden van werk geen hulpbehoefte had, is tijdens de vierde meting de situatie hetzelfde gebleven.
- Een vijfde (20,1%) van de deelnemers die tijdens de eerste meting geen hulp nodig vond bij het vinden van werk, heeft ten tijde van de vierde meting wel behoefte aan hulp op dit gebied.
- Van de kleine groep deelnemers die tijdens de eerste meting geen hulpbehoefte had maar deze hulp wel ontving (ongevraagde bemoeienis), hebben de meesten (78,6%) tijdens de vierde meting geen hulpbehoefte en ontvangen zij ook geen hulp.

Figuur 3.3 d **Zorgaansluiting bij het vinden van werk ten tijde van de vierde meting, uitgesplitst naar zorgaansluiting tijdens de eerste meting (*n* = 371)**











4. Woonsituatie

Dit hoofdstuk beschrijft de woonsituatie en de subjectieve beleving daarvan, de woonwensen van de deelnemers en de woontransities tussen de tweede en de vierde meting. Dit hoofdstuk geeft ook antwoord op een kernvraag van de cohortstudie, namelijk hoeveel deelnemers na 2,5 jaar stabiel gehuisvest zijn en wat voorspellers zijn van die stabiele huisvesting.

4.1 Actuele woonsituatie

Tabel 4.1 geeft voor de totale groep deelnemers en per profiel de verdeling weer over veertien verschillende woonvormen. Deze woonvormen zijn in vier categorieën geclusterd (zie kader 2). In Figuur 4.1 is voor de totale groep deelnemers en per profiel de verdeling over deze vier typen woonsituatie weergegeven.

Kader 2. Toelichting vier woonsituaties

1. Gehuisvest: zelfstandige woonruimte met eigen huurcontract/hypotheek; bij familie, vrienden of kennissen: permanent, zonder huurcontract.

2. Marginaal gehuisvest: bij familie, vrienden of kennissen inwonen: tijdelijk, zonder uitzicht op langer verblijf; particulier pension, logement, hotel; kraakpand, caravan, zomerhuisje, slooppand.

3. Geïnstitutionaliseerd: woonvoorziening in de maatschappelijke opvang of vrouwenopvang (sociaal pension, internaat); begeleid wonen (huurcontract op naam van instelling); woonvoorziening in de ggz of verslavingszorg; (Psychiatrisch) ziekenhuis, crisiscentrum of verslavingskliniek); gevangenis of huis van bewaring; crisisopvang.

4. Dakloos: op straat: in de open lucht, overdekte openbare ruimten (portieken, fietsenstalling, stations, winkelcentra, auto); passantenverblijf, slaaphuis of noodcentrum; tijdelijk verblijf; nachtopvang.

In webbijlage 1 is de indeling weergegeven van specifieke voorzieningen naar de typen woonsituatie.

Totale groep deelnemers
Van de totale groep deelnemers (*n* = 324) is 57,1% gehuisvest. Een derde (33,7%) verblijft na 2,5 jaar in instituties, waarvan bijna de helft (48,7%) begeleid woont met een huurcontract via een instelling. Bijna 7% is marginaal gehuisvest en 2,5% is dakloos.

'Oudere daklozen' zijn vaak gehuisvest
Van de groep oudere dakloze mensen is 58,3% gehuisvest en een derde (33,4%) verblijft in instituties. Als 'oudere daklozen' in instituties verblijven (33,4%), is dat meestal via begeleid wonen (16,7%). Van de 'oudere daklozen' is 3,7% dakloos.

'Mannen met multiproblematiek' en 'kwetsbaren' verblijven relatief vaak in instituties
'Mannen met multiproblematiek' en de 'kwetsbaren' zijn voor (ruim) de helft gehuisvest (respectievelijk 50,0% en 55,0%). Zij verblijven echter ook relatief vaak in instituties (respectievelijk 37,2% en 40,8%), en maken dan vooral gebruik van begeleid wonen (respectievelijk 15,7% en 18,8%) of verblijven in een woonvoorziening in de maatschappelijke opvang of vrouwenopvang (ongeveer 14%). Dakloosheid komt bij de 'kwetsbaren' bij de laatste meting niet meer voor. Van de 'mannen met multiproblematiek' is 4,3% dakloos. Dit percentage 'dakloos' is het hoogst van alle profielen.

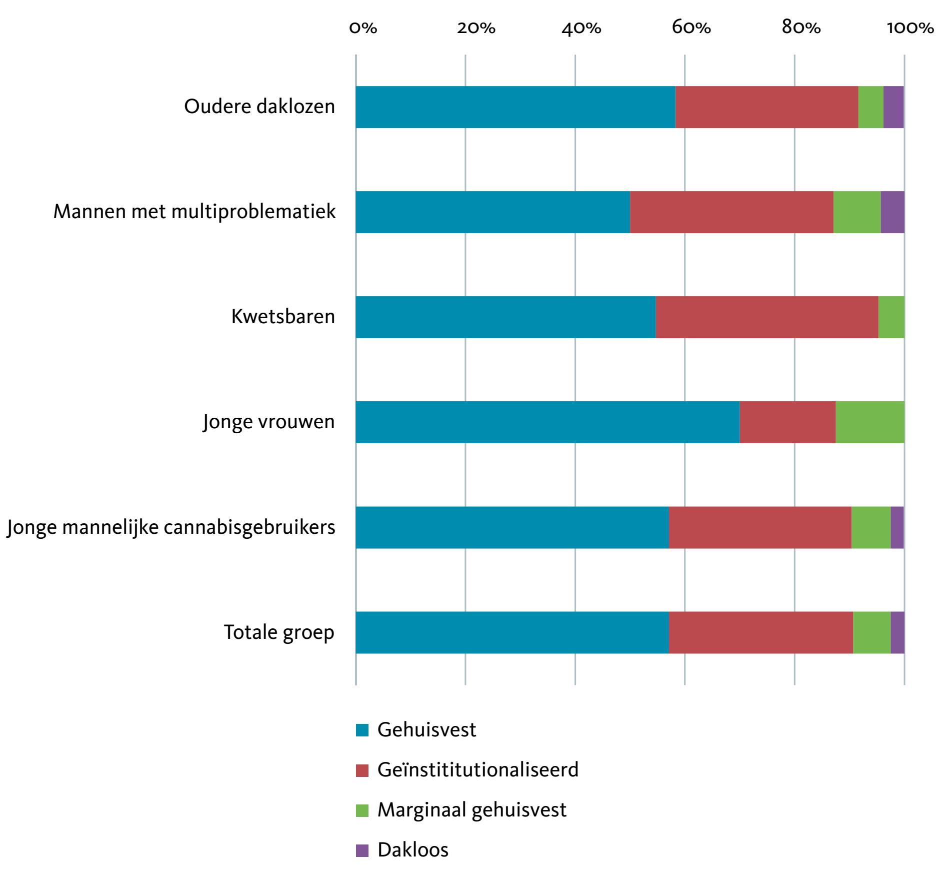
'Jonge vrouwen' zijn het vaakst gehuisvest

Veel 'jonge vrouwen' zijn tijdens de vierde meting gehuisvest (70,0%). Vergeleken met de deelnemers uit de andere profielen, zijn zij ook relatief vaak marginaal gehuisvest (12,5%). Zij verblijven minder vaak in instituties (17,5%), en maken relatief minder gebruik van begeleid wonen (12,5%) en woonvoorzieningen in de opvang (5,0%) dan deelnemers uit de andere profielen. Geen van de vrouwen in dit profiel is op de laatste meting dakloos.

'Jonge mannelijke cannabisgebruikers' vaak gehuisvest zonder eigen huurcontract

De groep jonge mannelijke cannabisgebruikers is ook meestal gehuisvest (57,2%), maar die huisvesting wordt relatief vaak gerealiseerd door langdurig/permanent wonen bij familie, vrienden of kennissen of een woning of kamer in onderhuur (zonder eigen huurcontract) (14,3%). Het percentage jonge mannelijke cannabisgebruikers met zelfstandige woonruimte (met eigen huurcontract) is met 42,9% het laagst van alle profielen. Daarnaast maakt een derde (33,4%) van de deelnemers uit dit profiel gebruik van instituties, meestal van begeleid wonen (16,7%).

***Figuur 4.1* Woonsituatie voor de totale groep en per profiel ten tijde van de vierde meting (*n* = 324)**



Tabel 4.1

Woonsituatie ten tijde van de vierde meting voor de totale groep en per profiel

		Totaal (*n* = 324)	Oudere daklozen (*n* = 108)	Mannen met multi-problematiek (*n* = 70)	Kwetsbaren (*n* = 64)	Jonge vrouwen (*n* = 40)	Jonge mannelijke cannabis-gebruikers (*n* = 42)
		%	%	%	%	%	%
Gehuisvest	Zelfstandige woonruimte	51,9	53,7	44,3	53,1	67,5	42,9
	Bij familie, vrienden of kennissen: permanent, zonder huurcontract	5,2	4,6	5,7	1,6	2,5	14,3
	Totaal gehuisvest	**57,1**	**58,3**	**50,0**	**54,7**	**70,0**	**57,2**
Marginaal gehuisvest	Bij familie, vrienden of kennissen inwonen: tijdelijk, zonder uitzicht op langer verblijf	6,8	4,6	8,6	4,7	12,5	7,1
	Particulier pension, logement, hotel	-	-	-	-	-	-
	Kraakpand, caravan, zomerhuisje, sloppand	-	-	-	-	-	-
	Totaal marginaal gehuisvest	**6,8**	**4,6**	**8,6**	**4,7**	**12,5**	**7,1**
Dakloos	Op straat: in de open lucht, overdekte openbare ruimten (portieken, fietsenstalling, stations, winkelcentra, auto)	-	-	-	-	-	-
	Passantenverblijf, slaaphuis of noodcentrum; tijdelijk verblijf; nachtopvang	2,5	3,7	4,3	-	-	2,4
	Totaal dakloos	**2,5**	**3,7**	**4,3**	**0**	**0**	**2,4**

Vervolg van tabel 4.1 op pagina 46

Vervolg van tabel 4.1

Woonsituatie ten tijde van de vierde meting voor de totale groep en per profiel

		Totaal (*n* = 324)	Oudere daklozen (*n* = 108)	Mannen met multi-problematiek (*n* = 70)	Kwetsbaren (*n* = 64)	Jonge vrouwen (*n* = 40)	Jonge mannelijke cannabis-gebruikers (*n* = 42)
Geïnstitu-tionaliseerd	Woonvoorziening voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang of vrouwenopvang (sociaal pension, internaat)	12,7	13,9	14,3	14,1	5,0	11,9
	Begeleid wonen (huurcontract op naam van instelling)	16,4	16,7	15,7	18,8	12,5	16,7
	Woonvoorziening in de GGZ of verslavingszorg	1,2	1,9	1,4	1,6	-	-
	(Psychiatrisch) ziekenhuis, crisiscentrum of verslavingskliniek	2,2	-	2,9	4,7	-	4,8
	Gevangenis of huis van bewaring	-	-	-	-	-	-
	Crisisopvang	-	-	-	-	-	-
	Woonvoorziening overig	1,2	0,9	2,9	1,6	-	-
	Totaal geïnstitu-tionaliseerd	**33,7**	**33,4**	**37,2**	**40,8**	**17,5**	**33,4**

4.2 Aantal dagen gehuisvest en subjectieve beleving van de woonsituatie

Ruim de helft van de deelnemers is negentig dagen of meer gehuisvest
Meer dan de helft (53,7%) van de deelnemers is ten tijde van de vierde meting negentig dagen of meer in een zelfstandige woonruimte gehuisvest of verbleef permanent bij familie, vrienden of kennissen. Er zijn tussen de vijf profielen geen significante verschillen in ‘negentig dagen of meer gehuisvest’.

Gehuisveste deelnemers zijn gemiddeld 304 dagen gehuisvest
De gehuisveste deelnemers zijn gemiddeld 304,4 van de 365 dagen gehuisvest in de periode van een jaar, tussen de derde en de vierde meting. Er bestaat in ‘het aantal dagen gehuisvest zijn van gehuisvesten’ een significant verschil tussen de profielen: ‘oudere daklozen’ zijn significant meer dagen gehuisvest (329,3 dagen) dan ‘jonge mannelijke cannabisgebruikers’ (234,2 dagen).

Bijna twee derde van de deelnemers is tevreden over de woonsituatie
Ongeveer twee derde (65,7%) van de deelnemers is ten tijde van de vierde meting tevreden over de woonsituatie, in de zin dat de deelnemers het redelijk tot prima vinden om langere tijd op de huidige woonplek te blijven wonen. In de beoordeling van de woonsituatie verschillen de profielen niet significant. Wel lijken ‘kwetsbaren’ (55,7% tevreden) relatief minder vaak tevreden over hun woonsituatie.

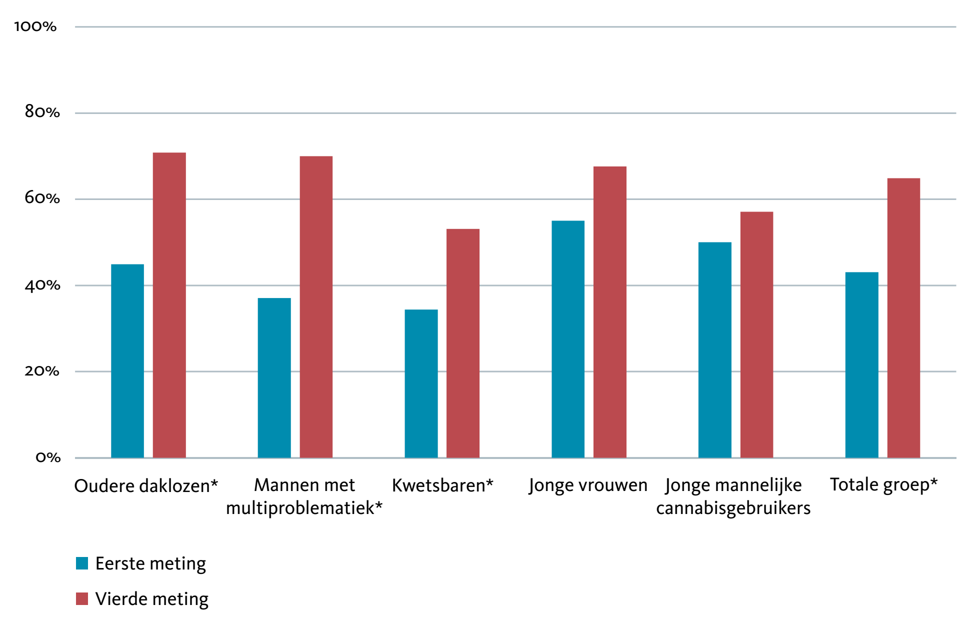
Het percentage deelnemers dat tevreden is over de woonsituatie op de vierde meting is significant hoger dan op de eerste meting voor de totale groep deelnemers en voor de ‘oudere daklozen’, ‘mannen met multiproblematiek’ en ‘kwetsbaren’ (zie figuur 4.2). Voor de ‘jonge vrouwen’ en ‘jonge mannelijke cannabisgebruikers’ geldt dit niet; zij zijn tijdens de laatste meting niet significant meer tevreden over hun woonsituatie. Maar de deelnemers uit deze profielen waren vergeleken met de andere profielen op de eerste meting echter al relatief meer tevreden over hun woonsituatie.

Tabel 4.2
Aantal dagen gehuisvest in de periode van een jaar tussen de derde en vierde meting en subjectieve beleving van woonsituatie, totale groep en per profiel, ten tijde van de vierde meting

	Totaal (n_{range} = 315 – 324)	**Oudere daklozen** (n_{range} = 105 – 108)	**Mannen met multipro-blematiek** (n = 70)	**Kwetsbaren** (n_{range} = 61 – 64)	**Jonge vrouwen** (n_{range} = 37 – 40)	**Jonge mannelijke cannabis-gebruikers** (n = 42)
Negentig dagen of meer gehuisvest van totaal aantal deelnemers (%)	53,7	56,5	47,1	51,6	67,5	47,6
Indien gehuisvest (n = 185): gemiddeld aantal dagen gehuisvest *	304,4	329,3	305,2	303,3	308,8	234,2
Subjectieve beleving huidige woonsituatie (vooruitzicht om hier langere tijd te wonen) (redelijk – prima) (%)	65,7	71,4	70,0	55,7	67,6	57,1

* *‘Oudere daklozen’ zijn significant ($p < .05$) meer dagen gehuisvest dan ‘jonge mannelijke cannabisgebruikers’.*

Figuur 4.2 **Tevredenheid met de huidige woonsituatie ten tijde van de eerste en de vierde meting, totale groep en per profiel (*n* = 315)**



* *Significant verschil tussen de eerste en de vierde meting (percentage op vierde meting is significant hoger dan percentage op eerste meting, $p < .05$).*

4.3 Woonwensen

Tabel 4.3 geeft de woonwensen weer van de totale groep deelnemers en van de profielen ten tijde van de vierde meting. Woonwensen zijn niet op de eerste meting afgenomen, waardoor een vergelijking in woonwensen tussen de eerste en vierde meting niet mogelijk is.

Bijna alle deelnemers willen zelfstandig wonen

Gevraagd naar hun woonwens op de wat langere termijn geven vrijwel alle deelnemers (97,7%) aan het liefst een zelfstandige woning, een appartement of kamer te willen.

'Kwetsbaren' willen het vaakst begeleiding bij het wonen, 'jonge vrouwen' het minst vaak

Van de totale groep deelnemers wil iets meer dan de helft (53,2%) begeleiding bij het wonen. De profielen verschillen significant in de gewenste begeleiding bij het wonen. Zo willen 'kwetsbaren' significant vaker begeleiding bij het wonen (71,4%) dan 'oudere daklozen' (50,5%), 'jonge vrouwen' (28,2%) en 'mannelijke cannabisgebruikers' (43,9%). 'Jonge vrouwen' willen het minst vaak begeleiding bij het wonen (28,2%): zij willen dit significant minder vaak dan 'oudere daklozen' (50,5%), 'mannen met multiproblematiek' (60,6%) en 'kwetsbaren' (71,4%).

Een derde wil langer dan een jaar begeleiding

Van degenen die begeleiding willen (53,2%; *n* = 168), wenst 34,5% langer dan een jaar begeleiding en ongeveer een kwart (25,6%) wil begeleiding korter dan een jaar en vier tiende (39,9%) vindt het moeilijk om te bepalen hoe lang zij begeleiding wensen.
Van de deelnemers die begeleiding willen (*n* = 168), wenst 60,7% begeleiding op afspraak, de overige 39,3% wenst begeleiding op afroep, als ze daar zelf om vragen. Van degenen die begeleiding op afspraak willen (*n* = 98), wenst ruim de helft (57,1%) dit één keer per week of vaker.

Tabel 4.3

Woonwensen van de totale groep en per profiel ten tijde van de vierde meting

Woonwensen			Totaal (n_{range} = 168 – 316)	Oudere dakloze (n_{range} = 54 – 107)	Mannen met multipro-blematiek (n_{range} = 40 – 66)	Kwetsbaren (n_{range} = 45 – 63)	Jonge vrouwen (n_{range} = 11 – 39)	Jonge mannelijke cannabis-gebruikers (n_{range} = 18 – 41)
Soort woning	Zelfstandige woning / appartement of kamer (%)	Ja	97,7	97,1	100,0	95,2	100,0	97,4
		Nee	2,3	2,9	-	4,8	-	2,6
Begeleiding gewenst * (%)		Ja	53,2	50,5	60,6	71,4	28,2	43,9
		Nee	46,8	49,5	39,4	28,6	71,8	56,1
Begeleiding op afspraak gewenst, van aantal deelnemers dat begeleiding wenst (%)		Ja	60,7	59,3	62,5	66,7	45,5	55,6
		Nee	39,3	40,7	37,5	33,3	54,5	44,4

* *Significant ($p < .05$) meer 'kwetsbaren' dan 'oudere daklozen' willen begeleiding bij het wonen. Significant minder 'jonge vrouwen' dan 'oudere daklozen', 'mannen met multiproblematiek' en 'kwetsbaren' willen begeleiding bij het wonen. Significant minder 'jonge mannelijke cannabisgebruikers' dan 'kwetsbaren' willen begeleiding bij het wonen.*

4.4 Woontransities

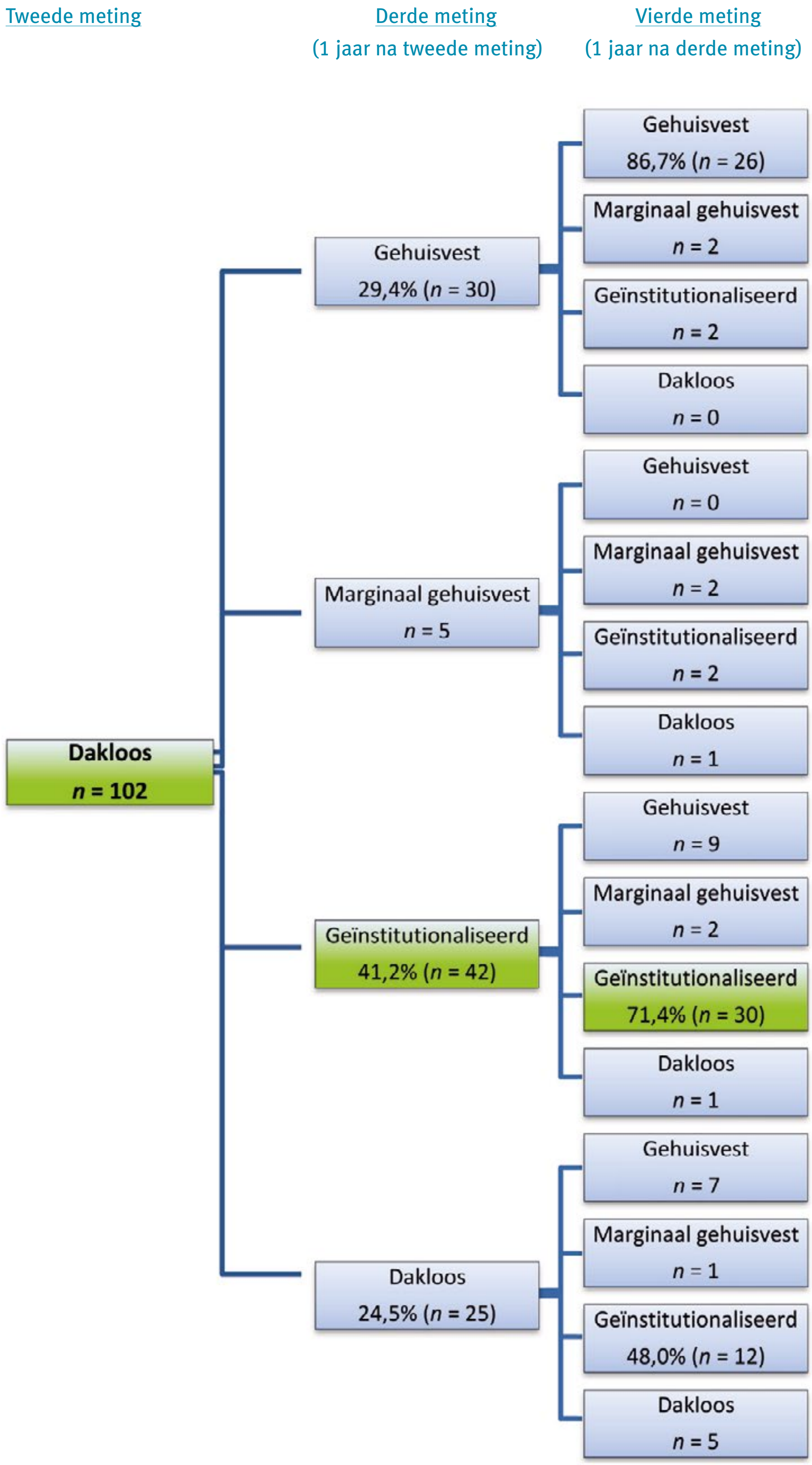
Hierna beschrijven we de woontransities. Omdat op de eerste meting veruit de meeste deelnemers 'dakloos' waren (71,8%) en de overige drie categorieën (gehuisvest (4,0%), marginaal gehuisvest (12,1%) of geïnstitutionaliseerd (12,1%)) weinig voorkwamen, worden hierna de woontransities weergegeven tussen de tweede en de vierde meting, waarin ook de derde meting meegenomen is. De gehele transitie is immers interessant. Woontransities zijn in kaart gebracht voor mensen die op het tweede meetmoment: dakloos waren (figuur 4.3), gehuisvest waren (figuur 4.4), geïnstitutionaliseerd waren (figuur 4.5) of marginaal gehuisvest waren (figuur 4.6). In elke figuur is de meest voorkomende route in woontransities tussen de tweede en vierde meting groen gekleurd.

Woontransities van 'daklozen' op de tweede meting

- De deelnemers die tijdens de tweede meting dakloos waren, waren een jaar later tijdens de derde meting vaak geïnstitutionaliseerd (41,2%), waarvan de helft (50,0%) begeleid woonde. Deze deelnemers zijn een jaar later, tijdens de vierde meting, meestal nog steeds geïnstitutionaliseerd (71,4%). Ongeveer een vijfde deel (21,4%) van de deelnemers die tijdens de derde meting geïnstitutionaliseerd waren, is een jaar later doorgestroomd naar 'gehuisvest'.
- Ongeveer drie tiende deel (29,4%) van de deelnemers die dakloos waren op de tweede meting, was een jaar later tijdens de derde meting gehuisvest. Het jaar daarop, tijdens de vierde meting, zijn zij meestal nog steeds gehuisvest (86,7%).
- Een kwart (24,5%) van de deelnemers die tijdens de tweede meting dakloos waren, was dat tijdens de derde meting nog steeds. Op de vierde meting, een jaar later, is 20,0% van deze deelnemers nog altijd dakloos. Het merendeel (48,0%) van deze deelnemers is tijdens de vierde meting echter geïnstitutionaliseerd, waarvan de helft (50,0%) begeleid woont.
- Van de 102 deelnemers die tijdens de tweede meting dakloos waren, waren er vijf tijdens de derde meting marginaal gehuisvest.

Als we de woontransities van deze groep die een half jaar na instroom nog dakloos was (n = 102) bekijken over twee jaar tijd (tussen de tweede en de vierde meting) is 45,1% twee jaar later geïnstitutionaliseerd (waarvan 56,5% begeleid woont) en 41,2% is gehuisvest.

Figuur 4.3 **Woontransities tussen de tweede, derde en vierde meting, dakloos op de tweede meting (*n* = 102)**

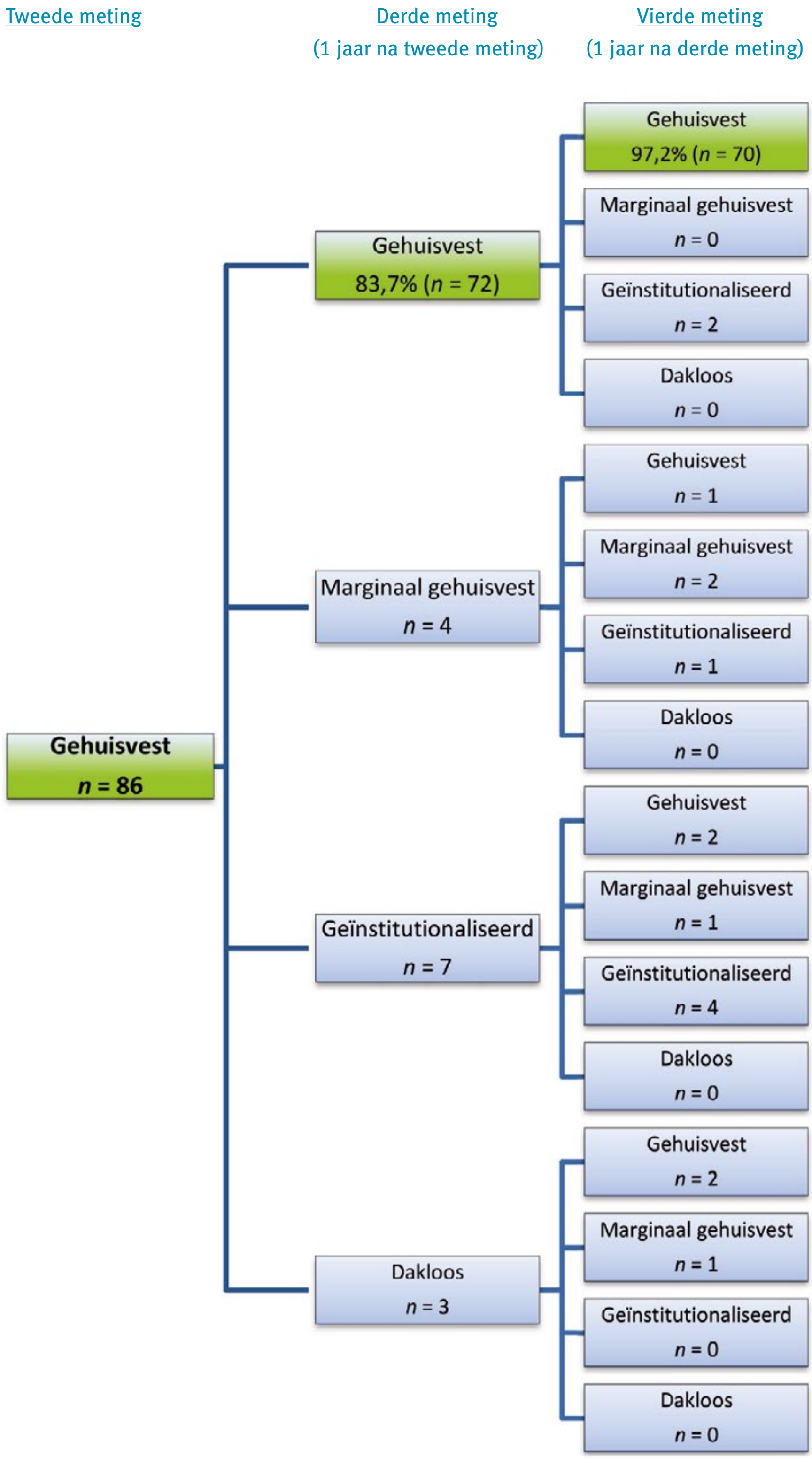


Woontransities van ‘gehuisvesten’ op de tweede meting

- De deelnemers die tijdens de tweede meting gehuisvest waren, waren een jaar later tijdens de derde meting meestal nog steeds gehuisvest (83,7%). Veruit de meesten van hen (97,2%) zijn tijdens de vierde meting nog altijd gehuisvest.
- Maar weinig deelnemers waren, nadat zij tijdens de tweede meting gehuisvest waren, een jaar later tijdens de derde meting teruggevallen naar instituties (zeven deelnemers), marginale huisvesting (vier deelnemers) of dakloosheid (drie deelnemers).

Als we de woontransities van deze groep die een half jaar na instroom gehuisvest was (*n* = 86) bekijken over twee jaar tijd (tussen de tweede en de vierde meting) zijn de meesten van hen (87,2%) twee jaar later nog steeds gehuisvest.

Figuur 4.4 **Woontransities tussen de tweede, derde en vierde meting, gehuisvest op de tweede meting (*n* = 86)**

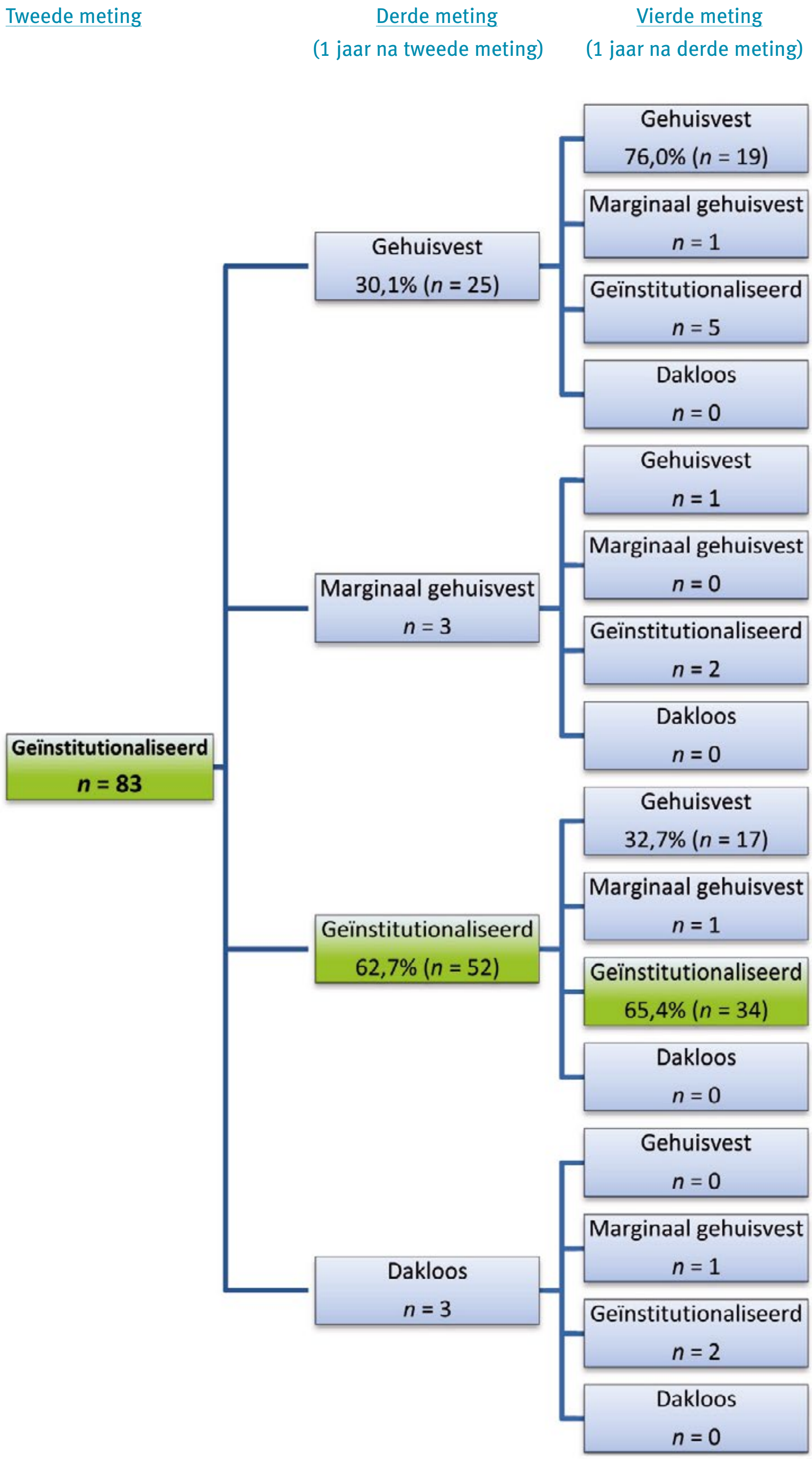


Woontransities van 'geïnstitutionaliseerden' op de tweede meting

- De deelnemers die tijdens de tweede meting geïnstitutionaliseerd waren, waren een jaar later tijdens de derde meting meestal nog steeds geïnstitutionaliseerd (62,7%), waarvan 46,1% in een woonvoorziening verbleef en 36,5% begeleid woonde. De meesten (65,4%) van hen zijn ook tijdens de vierde meting geïnstitutionaliseerd, waarvan 36,9% begeleid woont en 33,2% in een woonvoorziening verblijft.
- Bijna een derde (30,1%) van de deelnemers die tijdens de tweede meting geïnstitutionaliseerd waren, was een jaar later tijdens de derde meting gehuisvest. Tijdens de vierde meting zijn zij meestal nog steeds gehuisvest (76,0%).
- Maar weinig deelnemers zijn nadat zij tijdens de tweede meting geïnstitutionaliseerd waren een jaar later tijdens de derde meting marginaal gehuisvest (drie deelnemers) of dakloos (drie deelnemers).

Als we de woontransities van deze groep die een half jaar na instroom geïnstitutionaliseerd was (n = 83) bekijken over twee jaar tijd (tussen de tweede en de vierde meting), is iets meer dan de helft (51,8%) twee jaar later nog steeds geïnstitutionaliseerd (waarvan 46,5% begeleid woont), en is 44,6% gehuisvest.

Figuur 4.5 **Woontransities tussen de tweede, derde en vierde meting, geïnstitutionaliseerd op de tweede meting (*n* = 83)**

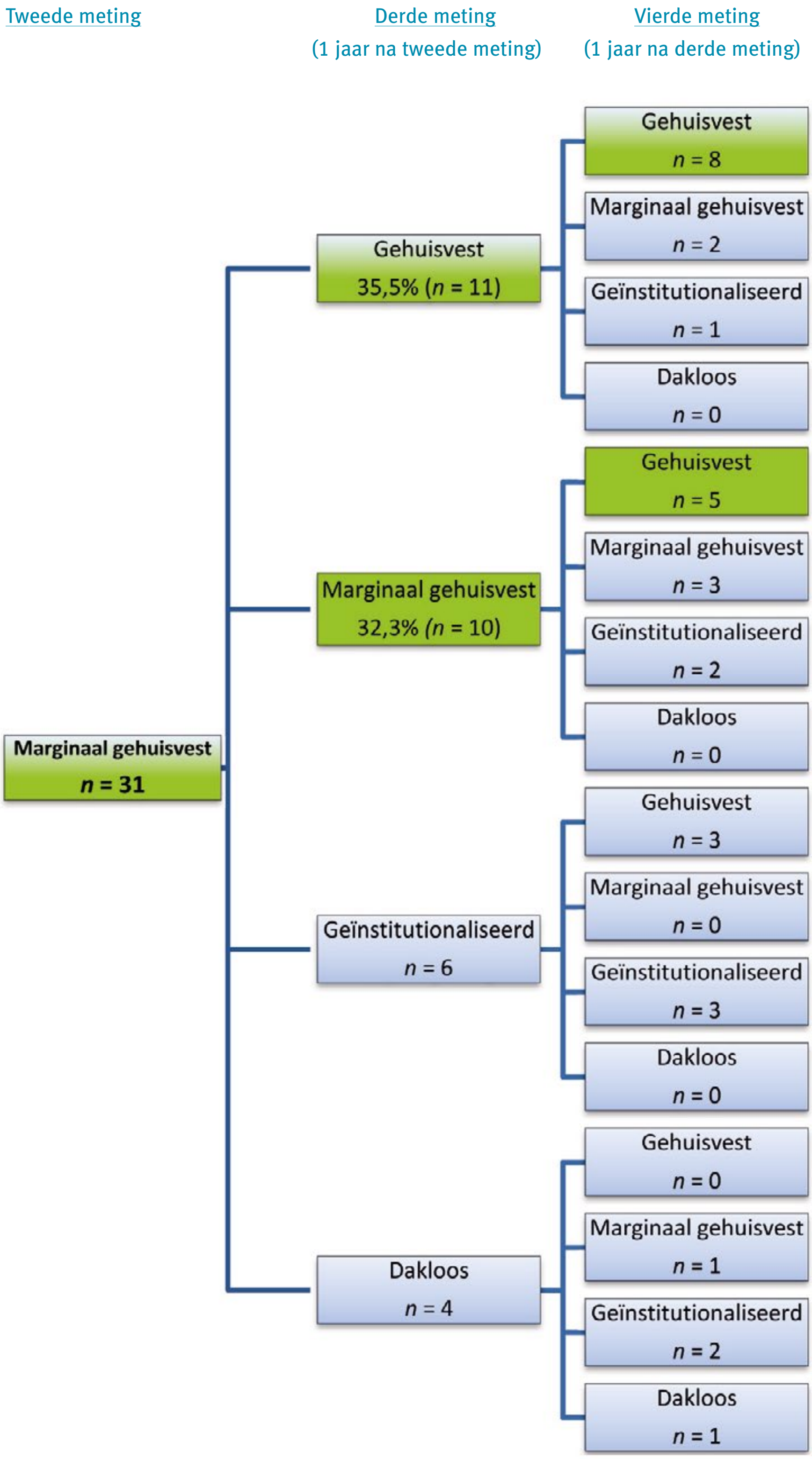


Woontransities van 'marginaal gehuisvesten' op de tweede meting

- Van de 31 deelnemers die tijdens de tweede meting marginaal gehuisvest waren, waren er elf een jaar later tijdens de derde meting gehuisvest. Van hen zijn er acht tijdens de vierde meting nog steeds gehuisvest.
- Van de 31 deelnemers die tijdens de tweede meting marginaal gehuisvest waren, waren er tien een jaar later ook marginaal gehuisvest. Een jaar later zijn vijf van hen gehuisvest en drie zijn nog steeds marginaal gehuisvest.
- Weinig deelnemers waren nadat zij tijdens de tweede meting marginaal gehuisvest waren een jaar later tijdens de derde meting geïnstitutionaliseerd (zes deelnemers) of dakloos (vier deelnemers).

Als we woontransities van deze groep die een half jaar na instroom marginaal gehuisvest was (*n* = 31) bekijken over twee jaar tijd (tussen de tweede en de vierde meting), is de meerderheid (51,6%) twee jaar later gehuisvest. Acht van deze 31 deelnemers zijn twee jaar later geïnstitutionaliseerd (waarvan er drie begeleid wonen), en zes deelnemers zijn nog steeds marginaal gehuisvest.

Figuur 4.6 **Woontransities tussen de tweede, derde en vierde meting, marginaal gehuisvest op de tweede meting (*n* = 31)**



4.5 Stabiele huisvesting

In deze paragraaf rapporteren we over 'stabiele huisvesting' ten tijde van de vierde meting. In kader 3 hierna worden de twee hier gebruikte definities van stabiele huisvesting toegelicht.

Definitie van stabiele huisvesting

In de internationale literatuur wordt stabiele huisvesting vaak gedefinieerd als verblijvend in een eigen woning, eigen kamer, een groepswoning (al dan niet met begeleiding) of bij familie inwonend (Orwin, Scott, & Arieira, 2005; Tsemberis, Mchugo, & Hanrahan, 2007). Soms wordt stabiele huisvesting echter enkel gedefinieerd als verblijf in een eigen woning. De duur dat iemand in een dergelijke woonsituatie moet verblijven om als stabiel aangemerkt te worden verschilt tussen studies: van minimaal dertig dagen tot een aaneengesloten periode van twee jaar. In onze definitie stellen we de duur van aaneengesloten wonen op minimaal negentig dagen (conform de tijdsperiode voor stabiele huisvesting als onderdeel van de stabiele mix[10]).

Bestaande definities van stabiele huisvesting gaan vrijwel alle uit van een combinatie van type woonsituatie en duur van wonen. Wat echter vaak mist is de subjectieve beleving van de woonsituatie. Omdat Coda-G4 het cliëntperspectief centraal stelt, includeren wij in de definitie van stabiele huisvesting een subjectieve component. Te meer, omdat stabiele huisvesting de suggestie wekt van een positieve beoordeling door deelnemers. Meegenomen wordt in de definitie de mate waarin de deelnemers tevreden zijn met de huisvesting, in de zin dat zij het vooruitzicht om langere tijd in de huidige woonsituatie te verblijven redelijk tot prima vinden.

Omdat er geen eenduidige definitie is van stabiele huisvesting, en de woonvormen uit internationale studies niet één op één naar de Nederlandse situatie te vertalen zijn, hanteren we twee definities van stabiele huisvesting (zie kader 3).

[10] 'Stabiele mix': vanaf 2011 gedefinieerd als het hebben van stabiele huisvesting, een stabiel inkomen en regelmatig contact met de hulpverlening en daarnaast minstens twee dagdelen per week dagbesteding gedurende minstens drie maanden (Tuynman & Planije, 2014).

Kader 3. Twee definities van stabiele huisvesting

Stabiel: zelfstandig gehuisvest, begeleid wonen of in overige instituties

- Zelfstandig gehuisvest: eigen woonruimte of permanent inwonend bij familie of vrienden
- Begeleid wonen: huurcontract op naam van instelling
- Geinstitutionaliseerd: woonvoorziening in de opvang of (sociaal pension, internaat); de ggz of verslavingszorg; (psychiatrisch) ziekenhuis, crisiscentrum of verslavingskliniek; gevangenis of huis van bewaring; crisisopvang
- Duur minstens negentig dagen

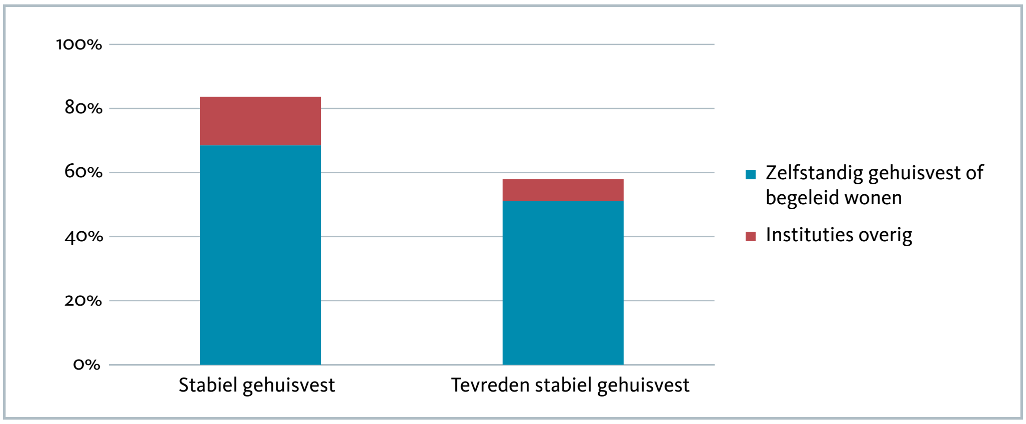
Tevreden stabiel: zelfstandig gehuisvest, begeleid wonen of in overige instituties en tevreden

- Zelfstandig gehuisvest: eigen woonruimte of permanent inwonend bij familie of vrienden
- Begeleid wonen: huurcontract op naam van instelling
- Geinstitutionaliseerd: woonvoorziening van de opvang (sociaal pension, internaat); woonvoorziening in de ggz of verslavingszorg; (psychiatrisch) ziekenhuis, crisiscentrum of verslavingskliniek; gevangenis of huis van bewaring; crisisopvang
- Duur minstens negentig dagen
- Tevreden over de huidige woonsituatie: vooruitzicht om hier voor langere tijd te wonen is redelijk tot prima

Figuur 4.7 geeft weer hoeveel van de deelnemers tijdens de vierde meting stabiel gehuisvest zijn volgens de twee definities. Meer dan acht tiende (83,6%) van de deelnemers blijkt tijdens de vierde meting stabiel gehuisvest, waarvan 81,9% stabiel in een zelfstandige woning woont of gebruik maakt van begeleid wonen, en 18,1% stabiel in (overige) instituties verblijft.
Als de tevredenheid met de huidige woonsituatie wordt meegenomen, dan blijkt 58,0% van de deelnemers (tevreden) stabiel gehuisvest. Hiervan woont 88,1% tevreden stabiel in een zelfstandige woning of maakt gebruik van begeleid wonen en 11,9% verblijft tevreden stabiel in (overige) instituties.

Het percentage tevreden stabiel gehuisvesten (58,0%) is aanzienlijk lager dan het percentage stabiel gehuisvesten (83,6%). Dit kan komen doordat meer dan de helft (54,2%) van de in (overige) instituties verblijvende deelnemers (*n* = 48) niet tevreden is over hun woonsituatie, tegenover 22,0% van de zelfstandig gehuisveste deelnemers (*n* = 173) en 41,7% van de deelnemers met begeleid wonen (*n* = 48).

Figuur 4.7 **Stabiel gehuisveste en tevreden stabiel gehuisveste deelnemers tijdens de vierde meting (n_{range}= 319 – 324)**



4.6 Voorspellers van stabiele huisvesting na 2,5 jaar

Internationaal wetenschappelijk onderzoek onder dakloze mensen naar voorspellers van stabiele huisvesting laat zien dat middelenmisbruik, en dan vooral het gebruik van crack cocaïne, een negatieve voorspeller is van stabiele huisvesting (Aubry, Klodawsky, & Coulombe, 2012; North et al., 2010; Orwin, Scott, & Arieira, 2005; Palepu et al., 2010). Andere negatieve voorspellers uit eerder onderzoek zijn: ouder zijn (> 44 jaar) en gearresteerd zijn (Caton et al., 2005). Positieve voorspellers van stabiele huisvesting zijn: vrouw zijn (Pollio et al., 1997), het hebben van een partner (Palepu et al., 2010), anderen (bijvoorbeeld kinderen) die van de dakloze persoon afhankelijk zijn voor voedsel of onderdak (Orwin et al., 2005), psychosociaal betere aanpassing, en het recent of actueel hebben van werk, inkomen en steun van familie (Caton et al., 2005).
Op basis van de in de literatuur gevonden voorspellers hebben we onderzocht of kenmerken van deelnemers tijdens de eerste meting, dus vlak na de instroom van de deelnemers in de opvang, voorspellend zijn voor stabiele huisvesting ten tijde van de vierde meting. Deze kenmerken zijn als volgt geoperationaliseerd:

- Leeftijd (in jaren)
- Geslacht (man versus vrouw)
- Kinderen verblijven bij de deelnemer in de opvang (wel versus niet)
- Psychische gezondheid:
  - mate van hostiliteit (hoog versus niet hoog)
  - mate van somatische klachten (hoog versus niet hoog)
  - mate van angstklachten (hoog versus niet hoog)
  - mate van depressieve klachten (hoog versus niet hoog)
- Sociale steun:
  - mate van steun van familie
  - mate van steun van vrienden
- Middelengebruik:
  - cannabisgebruik (aantal dagen gebruikt in afgelopen dertig dagen)
  - alcoholgebruik (aantal dagen meer dan vijf glazen geconsumeerd in de afgelopen dertig dagen)
- Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar (wel versus niet)
- Werk (geen werk momenteel of in afgelopen jaar versus wel werk momenteel of in afgelopen jaar)
- Financiën:
  - aantal uitgavenposten, te weten voeding, kleding, wonen, reizen in de stad, en sociale activiteiten, waarvoor deelnemer genoeg geld had om aan uit te geven in de afgelopen maand

Exploratief zijn we nagegaan of ook andere kenmerken van deelnemers tijdens de eerste meting voorspellend zijn voor stabiele huisvesting ten tijde van de vierde meting. De keuze voor deze kenmerken is ingegeven door signalen uit de praktijk of suggesties van de klankbordgroep.
We hebben deze kenmerken als volgt geoperationaliseerd:

- Etniciteit (allochtoon versus autochtoon)
- Opleidingsniveau (laagst versus overig)
- Een (vermoedelijke) licht verstandelijke beperking[11] (wel versus geen)
- Lichamelijke gezondheid (gemiddeld aantal lichamelijke klachten)
- Aantal onvervulde hulpbehoeften op financiën, huisvesting, dagbesteding en werk
- Totaal aantal maanden dakloos ooit
- Financiën:
  - schulden (een schuldbedrag gelijk aan of hoger dan duizend euro versus een schuldbedrag kleiner dan duizend euro)
- Vervulling psychologische basisbehoeften:
  - mate van autonomie
  - mate van competentie
  - mate van verbondenheid

[11] Gemeten tijdens de tweede meting (T1).

Voor het construeren van het uiteindelijke regressiemodel is een multivariate logistische regressieanalyse uitgevoerd volgens de backward selectieprocedure. De kenmerken die univariaat een *p*-waarde hebben kleiner dan .25 zijn meegenomen in deze multivariate logistische regressieanalyse (Bursac et al., 2008). In tegenstelling tot de univariate analyses, houdt de multiple lineaire regressieanalyse bij het toetsen van de voorspellende waarde van een bepaald kenmerk rekening met de invloed van de andere kenmerken hierop. Omdat logistische regressieanalyse geen proportie verklaarde variantie (R^2) geeft, rapporteren we onder elk model de pseudo R^2-maat van Nagelkerke voor een indicatie van de verklaarde variantie van het model. Deze maat is vergelijkbaar met de R^2 uit lineaire regressie analyse, maar dit getal is vaak lager dan bij lineaire regressie (Hosmer & Lemeshow, 2000).

In totaal zijn vier multivariate logistische regressieanalyses uitgevoerd. Analyses zijn, conform de beide definities, gedaan voor 'stabiel gehuisvesten' en 'tevreden stabiel gehuisvesten'. Binnen beide groepen zijn regressieanalyses uitgevoerd op *a* mensen die (begeleid) zelfstandig wonen en mensen die stabiel in instituties verblijven en *b* mensen die (begeleid) zelfstandig wonen (zonder groep in instituties). Door die laatste analyse krijgen we inzicht in specifieke voorspellers van woonsituaties waarbij de focus sterker ligt op herstel en participatie. De vier predictiemodellen voor stabiele huisvesting, 2,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang, staan in bijlage 1.

Voorspellers van stabiele huisvesting, 2,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang

De kenmerken van deelnemers, gemeten tijdens de eerste meting, die voorspellend zijn voor stabiele huisvesting ten tijde van de vierde meting zijn: gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar, somatische klachten waarvan vermoed wordt dat deze veroorzaakt worden door een verhoogd (psychisch) spanningsniveau (onderdeel van psychische gezondheid) en het hebben van onvervulde hulpbehoeften (zie tabel 4.4).

Deelnemers die in het jaar voorafgaand aan hun instroom in de opvang gearresteerd of opgepakt zijn, zijn 2,5 jaar later minder vaak stabiel gehuisvest dan degenen die niet opgepakt zijn. Deelnemers die ten tijde van de instroom veel somatische klachten hadden, zijn 2,5 jaar later minder vaak stabiel gehuisvest dan degenen zonder veel somatische klachten. En ook het hebben van meer onvervulde hulpbehoeften ten tijde van instroom, is een voorspeller van minder vaak stabiel gehuisvest zijn 2,5 jaar later (zie figuur 4.8).

De variabelen samen verklaren 12,3% van de variantie in stabiele huisvesting (zelfstandig gehuisvest of in instituties). Het grootste deel van de variantie (87,7%) wordt dus verklaard door andere, niet in dit onderzoek gemeten, variabelen. De betrekkelijk lage verklaarde variantie is niet ongebruikelijk in dit type onderzoek. Stabiele huisvesting (en het realiseren daarvan) wordt immers niet alleen voorspeld door persoonskenmerken – zoals in dit onderzoek is onderzocht – maar ook door systeemfactoren. Te denken valt aan wet- en regelgeving, beschikbaarheid van betaalbare woningen of woonruimten, het systeem van het afgeven van urgentieverklaringen, etc.

Als uitsluitend de kenmerken worden onderzocht voor stabiel gehuisvesten en begeleid wonen (dus zonder groep in instituties), dan vinden we dezelfde voorspellers. Deze variabelen verklaren 13,1% van de variantie.

Voorspellers van tevreden stabiele huisvesting, 2,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang

De kenmerken van de deelnemers, gemeten tijdens de eerste meting, die voorspellend zijn voor tevreden stabiele huisvesting ((begeleid) zelfstandig gehuisvest en verblijvend in instituties) ten tijde van de vierde meting zijn: somatische klachten, schulden en leeftijd.

Deelnemers die ten tijde van de instroom veel somatische klachten hadden, zijn 2,5 jaar later minder vaak tevreden stabiel gehuisvest dan degenen met weinig somatische klachten. Deelnemers die ten tijde van instroom duizend euro of meer schuld hadden, zijn 2,5 jaar later minder vaak tevreden stabiel gehuisvest dan degenen die minder dan duizend euro schuld hadden. Dakloze mensen van een hogere leeftijd ten tijde van de instroom zijn 2,5 jaar later meer tevreden stabiel gehuisvest dan mensen van jongere leeftijd. Deze variabelen samen verklaren 9,6% van de variantie in tevreden stabiele huisvesting (tevreden).

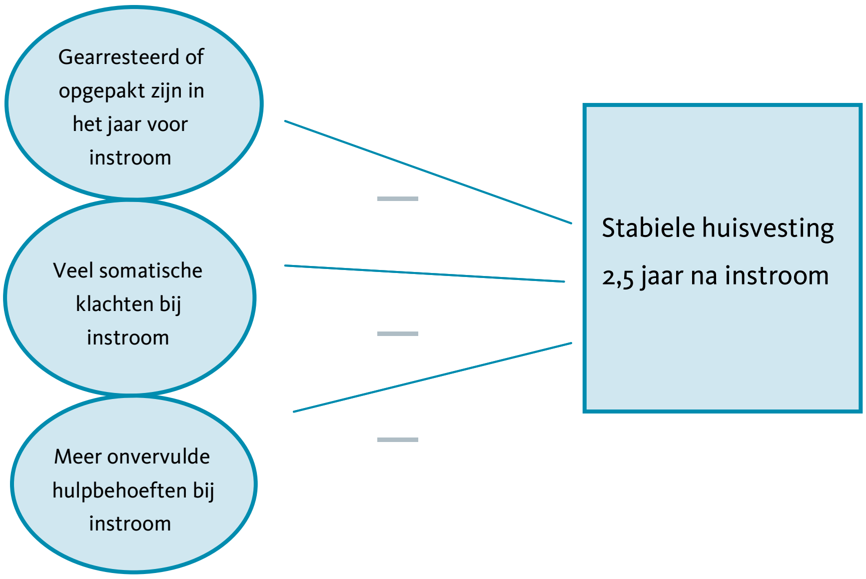
Als uitsluitend de kenmerken worden onderzocht voor tevreden stabiel gehuisvesten en begeleid wonen (dus zonder tevreden gehuisvest in instituties), dan blijkt een hogere leeftijd geen voorspeller meer te zijn van 'tevreden stabiel gehuisvest', 2,5 jaar na instroom. Somatische klachten en schulden blijven wel voorspellend voor tevreden stabiel gehuisvest bij (begeleid) zelfstandig gehuisvesten. De deelnemers uit deze groep die in het jaar voorafgaand aan de instroom in de opvang gearresteerd of opgepakt waren, zijn 2,5 jaar later minder vaak tevreden stabiel gehuisvest zijn dan degenen die werden gearresteerd of opgepakt. Deze variabelen verklaren 11,8% van de variantie in tevreden stabiele huisvesting voor tevreden (begeleid) zelfstandig gehuisvesten.

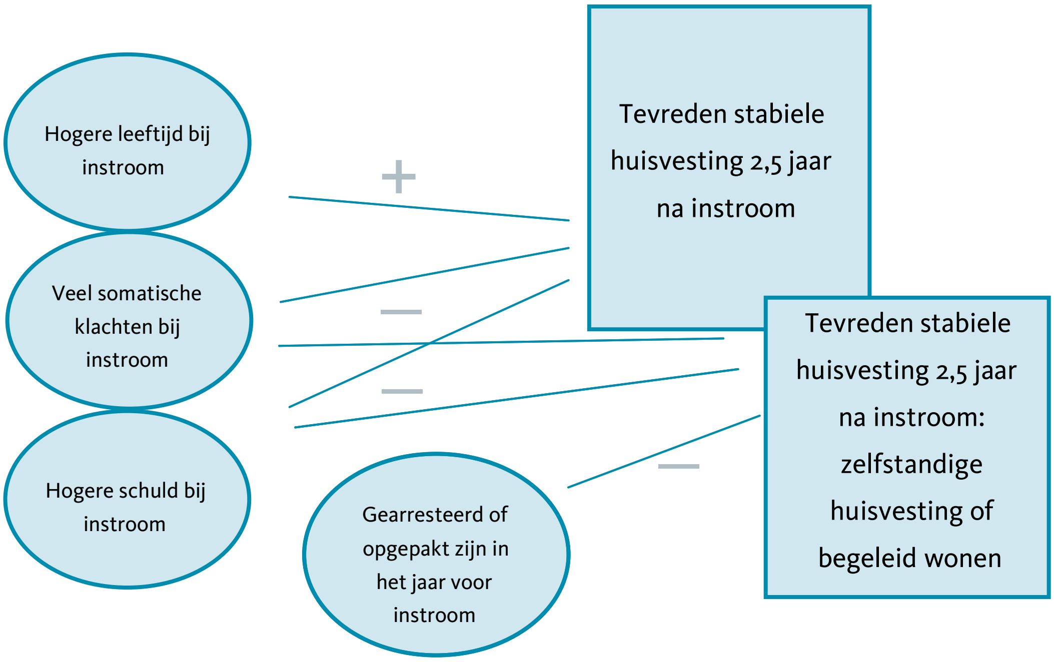
Tabel 4.4

Kenmerken van deelnemers bij instroom die voorspellend zijn voor stabiele huisvesting ('zelfstandig of in institutie' en 'zelfstandig of begeleid wonen') en voor tevreden stabiele huisvesting ('zelfstandig of in institutie en tevreden' en 'zelfstandig of begeleid wonen en tevreden'): gestandaardiseerde regressie coëfficiënten (B's) met p-waarden

Kenmerk bij instroom	**Stabiel:** zelfstandig gehuisvest of in institutie (*n* = 310)		**Stabiel:** zelfstandig gehuisvest of begeleid wonen (*n* = 261)		**Tevreden stabiel:** zelfstandig gehuisvest of in institutie en tevreden (*n* = 258)		**Tevreden stabiel:** zelfstandig gehuisvest of begeleid wonen en tevreden (*n* = 256)	
	B	***p-waarde***	***B***	***p-waarde***	***B***	***p-waarde***	***B***	***p-waarde***
Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar	-1.05	.001	-1.03	< .001	-	-	-.85	.003
Somatische klachten (hoog) waarvan vermoed wordt dat deze veroorzaakt worden door een verhoogd (psychisch) spanningsniveau	-.67	.039	-.66	0.022	-.91	.001	-.72	.009
Aantal onvervulde hulpbehoeften	-.36	.010	-.26	.038	-	-	-	-
Schulden (duizend euro of hoger)	-	-	-	-	-.70	.029	-.80	.012
Leeftijd	-	-	-	-	.03	.014	-	-

Figuur 4.8 **Schematische weergave van significante voorspellers van (tevreden) stabiele huisvesting 2,5 jaar later**













5. Kwaliteit van leven en zelfbepaling

Dit hoofdstuk beschrijft hoe deelnemers hun kwaliteit van leven, in het algemeen en op diverse leefgebieden, en de mate van hun zelfbepaling ervaren ten tijde van de vierde meting. Ook veranderingen hierin sinds de eerste meting worden besproken. Dit hoofdstuk behandelt daarnaast een kernvraag van de cohortstudie, namelijk wat de voorspellers zijn van de algemene kwaliteit van leven.

5.1 Kwaliteit van leven

De algemene kwaliteit van leven en de ervaren levenskwaliteit op diverse leefgebieden is uitgedrukt als een score op een zevenpuntschaal; hoe hoger de score, des te hoger de ervaren kwaliteit van leven (zie figuur 5.1). We beschrijven hierna eerst wat de kwaliteit van leven van de deelnemers is, 2,5 jaar na hun instroom in de maatschappelijke opvang.

Algemene kwaliteit van leven

De deelnemers in de totale groep ervaren hun algemene kwaliteit van leven, 2,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang, gemiddeld als ‘redelijk’ (M = gemiddelde score = 5,2). Dit geldt ook voor de deelnemers in drie van de vijf profielen (M_{range} = 4,8 – 5,4). De ‘oudere daklozen’ en de ‘jonge mannelijke cannabisgebruikers’ ervaren naar verhouding een betere algemene kwaliteit van leven gezien hun beoordeling hiervan als ‘redelijk’ tot ‘goed’ (M = 5,5).

Huisvesting

De kwaliteit van hun huisvesting ervaren de deelnemers ten tijde van het vierde interview gemiddeld als ‘redelijk’ (M = 5,2). ‘Jonge vrouwen’ waarderen hun huisvesting als ‘redelijk’ tot ‘goed’ (M = 5,5) en de deelnemers in de overige profielen vinden die ‘redelijk’ (M_{range} = 4,8 – 5,3).

Financiën

De financiële situatie krijgt in vergelijking met de andere leefdomeinen in de totale groep en in de profielen gemiddeld de laagste waardering. De deelnemers in de totale groep ervaren hun financiële situatie gemiddeld als ‘matig’ (M = 3,3) en dit geldt ook voor de deelnemers in de profielen (M_{range} = 2,8 – 3,4), met uitzondering van de ‘jonge vrouwen’ die hun financiële situatie als ‘niet slecht / niet goed’ (M = 3,9) beoordelen.

Informatie over de schulden van de deelnemers, 2,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang, staat in kader 4.

Kader 4. Schulden van deelnemers, 2,5 jaar na instroom in de opvang

Tweeënhalf jaar na instroom in de maatschappelijke opvang heeft 79,1% van de deelnemers schulden en dit is significant lager dan bij hun aanmelding (86,6%; $p < .01$). Ten tijde van de vierde meting bedraagt het gemiddelde schuldbedrag van alle deelnemers (dus inclusief de deelnemers zonder schulden, voor wie het schuldbedrag op nul euro werd gesteld) 14.874 euro. Dit bedrag verschilt niet significant ($p = .716$) van het gemiddelde schuldbedrag van de deelnemers tijdens de eerste meting, dat was 13.837 euro.

Ook als we inzoomen op uitsluitend de deelnemers met schulden tijdens de eerste meting, verandert het gemiddelde schuldbedrag tussen de eerste en vierde meting niet significant ($p = .894$; respectievelijk 16.857 en 17.317 euro). Het laagst genoemde schuldbedrag ten tijde van de vierde meting is negentig euro en het hoogst genoemde bedrag is 400.000 euro.

Ten tijde van de vierde meting wordt bij ongeveer een vijfde deel (20,7%) van de deelnemers, die schulden hadden tijdens de eerste meting én dat nog steeds hebben tijdens de vierde meting ($n = 233$), het geld beheerd door schuldsanering. Dit percentage verschilt niet significant ($p = .268$) van het percentage op de eerste meting (16,3%).

Dagbesteding

Hun dagbesteding ervaren de deelnemers in de totale groep gemiddeld als ‘redelijk’ ($M = 5,1$). De deelnemers in de verschillende profielen beoordelen deze gemiddeld ook als ‘redelijk’ ($M_{range} = 4,7 – 5,4$). De deelnemers die werk hebben ten tijde van de vierde meting, onafhankelijk van het profiel waartoe zij behoren, waarderen hun werk gemiddeld als ‘redelijk’ ($M = 5,4$).

Lichamelijke en psychische gezondheid, inclusief weerbaarheid

De deelnemers vinden hun lichamelijke gezondheid en psychische gezondheid gemiddeld ‘redelijk’ (respectievelijk $M = 5,0$ en $M = 5,2$). ‘Kwetsbaren’ waarderen hun lichamelijke gezondheid als ‘niet slecht / niet goed’ ($M = 4,3$), terwijl ‘jonge mannelijke cannabisgebruikers’ deze als ‘goed’ ($M = 5,6$) beoordelen. De deelnemers in de overige profielen waarderen hun lichamelijke gezondheid als ‘redelijk’ ($M_{range} = 5,0 – 5,2$). Hun psychische gezondheid vinden ‘kwetsbaren’ ‘niet goed / niet slecht’ ($M = 4,4$), ‘mannen met multiproblematiek’ ervaren die als ‘redelijk’ ($M = 4,9$), ‘oudere daklozen’ en ‘jonge vrouwen’ waarderen die als ‘redelijk’ tot ‘goed’ ($M = 5,5$), en ‘jonge mannelijke cannabisgebruikers’ als ‘goed’ ($M = 5,7$).

Positiever zijn de deelnemers over hun eigen weerbaarheid die zij op dat moment ‘goed’ ($M = 5,7$) vinden, waarmee dit één van de meest positief ervaren leefgebieden is. ‘Mannen met multiproblematiek’ ervaren hun eigen weerbaarheid als redelijk ($M = 5,4$), ‘kwetsbaren’ vinden deze ‘redelijk’ tot ‘goed’ ($M = 5,5$) en de deelnemers in de overige profielen waarderen deze als ‘goed’ ($M_{range} = 5,8 – 6,1$).

Veiligheid

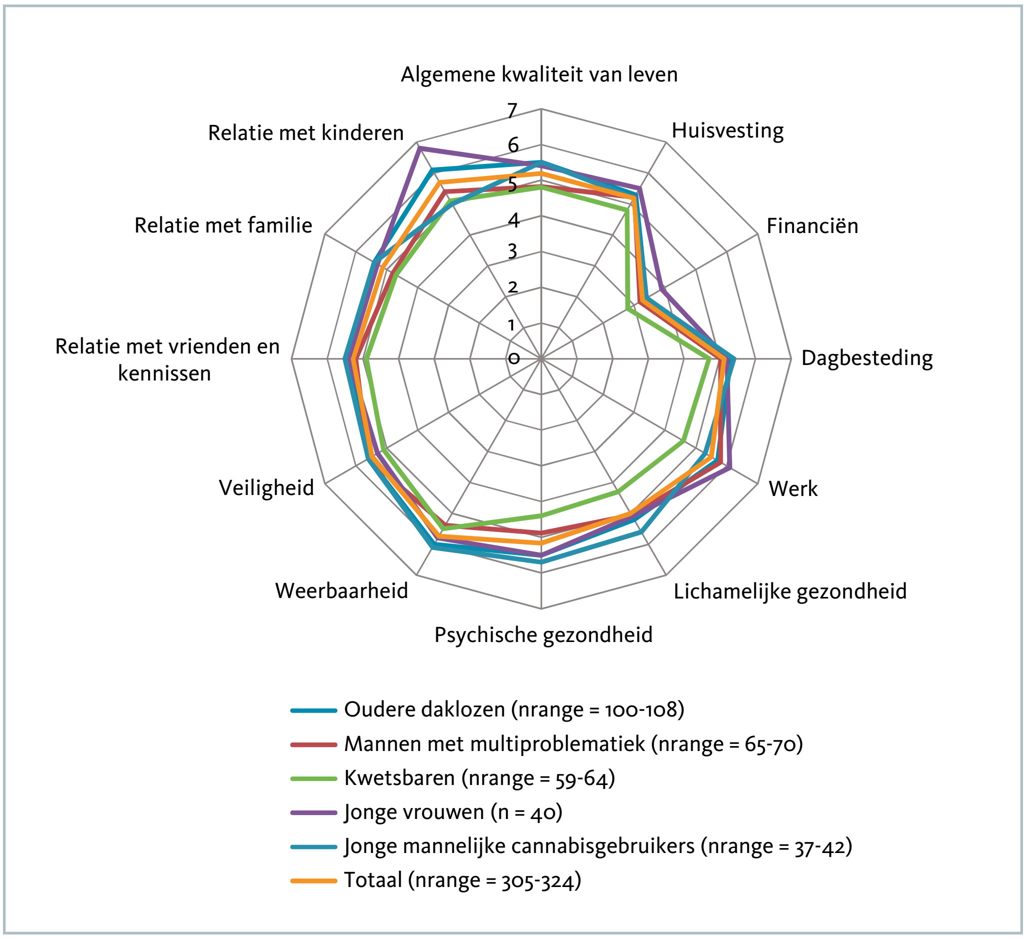
De deelnemers ervaren hun veiligheid gemiddeld als ‘redelijk’ tot ‘goed’ ($M = 5,5$). ‘Kwetsbaren’ en ‘jonge vrouwen’ waarderen deze gemiddeld als ‘redelijk’ (respectievelijk $M = 5,1$ en $M = 5,3$) en de deelnemers in de andere profielen vinden die ‘goed’ ($M = 5,6$).

Sociale contacten

De deelnemers die contact hebben met hun kinderen ten tijde van de vierde meting zijn hierover behoorlijk tevreden (*M* = 5,8 = 'goed'). 'Jonge vrouwen' vinden de relatie met hun kinderen 'prima' (*M* = 6,8) en 'oudere daklozen' ervaren deze als 'goed' (*M* = 6,1); de deelnemers in de overige profielen beoordelen het contact met hun kinderen als 'redelijk' (M_{range} = 5,0 – 5,4).

De deelnemers beoordelen hun relatie met familie (*M* = 5,1) en hun sociale contacten met vrienden en kennissen (*M* = 5,3) gemiddeld als 'redelijk'. De deelnemers in de verschillende profielen vinden hun familierelaties en hun sociale contacten gemiddeld ook 'redelijk' (M_{range} = 4,7 – 5,4), met uitzondering van de 'jonge mannelijke cannabisgebruiker' die hun sociale contacten als 'redelijk' – 'goed' waarderen (*M* = 5,5).

Figuur 5.1 **Kwaliteit van leven in het algemeen en op leefgebieden voor de totale groep en per profiel ten tijde van de vierde meting: gemiddelde scores**



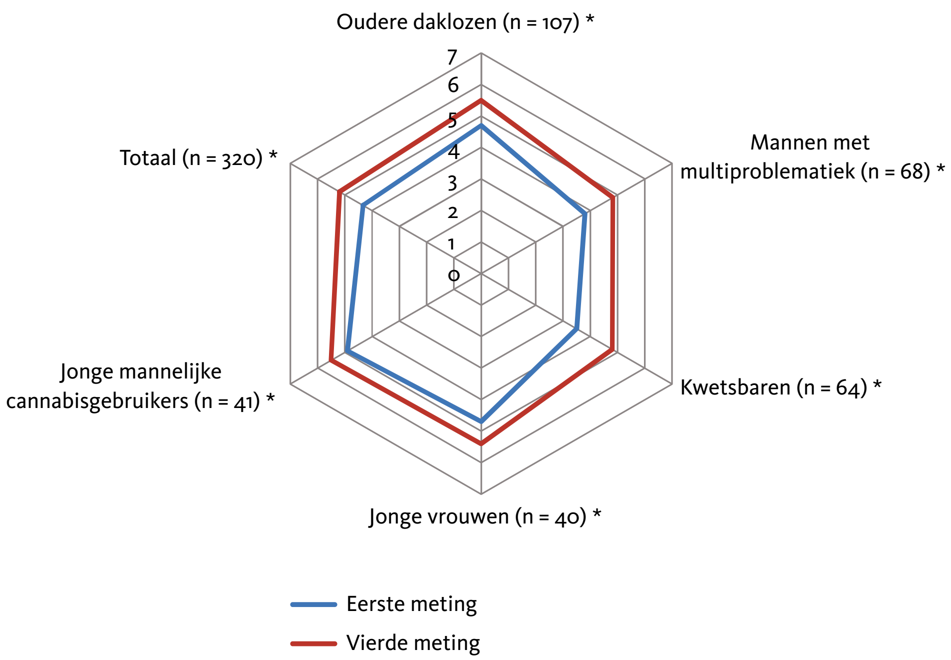
Schaal: 1 = vreselijk, 2 = slecht, 3 = matig, 4 = niet slecht / niet goed, 5 = redelijk, 6 = goed, 7 = prima.

5.2 Veranderingen in kwaliteit van leven

Verandering in algemene kwaliteit van leven

De deelnemers, in de totale groep en in de profielen, zijn ten tijde van de vierde meting significant positiever over hun algemene kwaliteit van leven dan op de eerste meting ($p < .05$) (zie figuur 5.2). Op de eerste meting waardeerden de deelnemers deze als 'niet slecht / niet goed' ($M = 4{,}3$) en tijdens de vierde meting als 'redelijk' ($M = 5{,}2$). De 'kwetsbaren' ervaren de grootste verbetering in hun subjectieve algemene kwaliteit van leven; zij waardeerden die direct na instroom in de opvang als 'matig' tot 'niet slecht / niet goed' ($M = 3{,}5$) en op de vierde meting als 'redelijk' ($M = 4{,}8$). Mannen met multiproblematiek' geven aan hun kwaliteit van leven op de eerste meting de beoordeling 'niet slecht / niet goed' ($M = 3{,}8$) en vinden die ten tijde van de vierde meting 'redelijk' ($M = 4{,}8$). De jonge vrouwen ervaren hun kwaliteit van leven op de eerste en de vierde meting als 'redelijk' (respectievelijk $M = 4{,}7$ en $M = 5{,}4$). De 'oudere daklozen' en de 'jonge mannelijke cannabisgebruikers' waardeerden hun algemene levenskwaliteit op de eerste meting als 'redelijk' (respectievelijk $M = 4{,}7$ en $M = 4{,}9$) en op de vierde meting als 'redelijk' tot 'goed' ($M = 5{,}5$).

Figuur 5.2 **Kwaliteit van leven in het algemeen voor totale groep en per profiel ten tijde van de eerste en vierde meting: gemiddelde score**



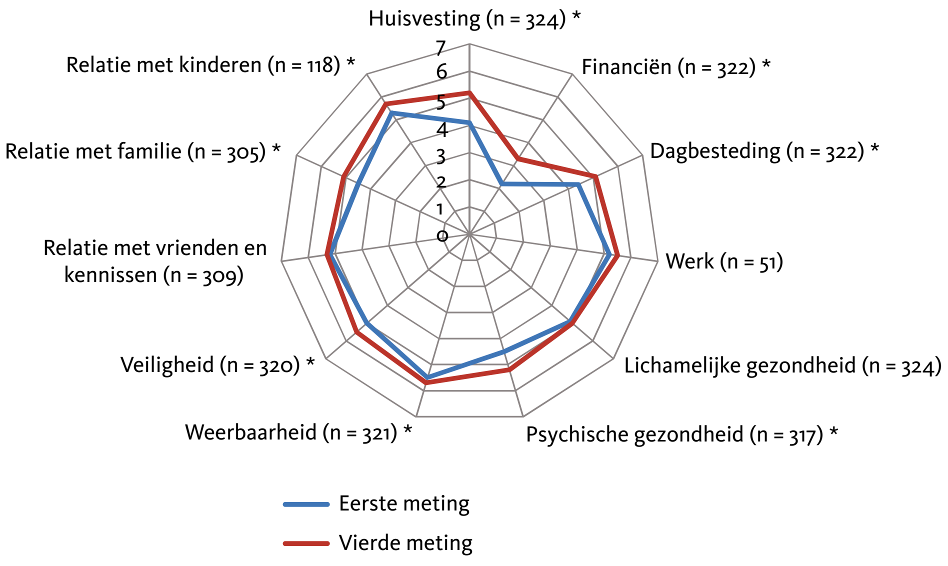
Schaal: 1 = vreselijk, 2 = slecht, 3 = matig, 4 = niet slecht / niet goed, 5 = redelijk, 6 = goed, 7 = prima.

* *Significant verschil tussen eerste en vierde meting (score op vierde meting is significant hoger dan score op eerste meting, $p < .05$).*

Verandering in kwaliteit van leven op de leefgebieden

In vergelijking met de eerste meting zijn de deelnemers ten tijde van de vierde meting significant positiever over hun huisvesting, financiën, dagbesteding, psychische gezondheid, weerbaarheid, veiligheid, relatie met hun familie, en relatie met hun kinderen ($p < .05$) (zie figuur 5.3). De grootste verbetering ervaren zij in hun huisvesting en financiën (verschil in kwaliteitswaardering van 1,1 op een schaal van één tot zeven) en de kleinste verbetering in hun weerbaarheid (verschil in kwaliteitswaardering van 0,2). Hun waardering ten tijde van de vierde meting van hun werk, lichamelijke gezondheid en hun sociale contacten met vrienden en kennissen, is ook verbeterd maar verschilt niet significant ten opzichte van die tijdens de eerste meting.

Figuur 5.3 **Kwaliteit van leven op leefgebieden voor totale groep ten tijde van de eerste en vierde meting: gemiddelde score**



Schaal: 1 = vreselijk, 2 = slecht, 3 = matig, 4 = niet slecht / niet goed, 5 = redelijk, 6 = goed, 7 = prima.

* *Signifcant verschil tussen eerste en vierde meting is significant (score op vierde meting is significant hoger dan score op eerste meting, p < .05).*

5.3 Zelfbepaling

Het nemen van eigen regie in het leven is wezenlijk voor mensen. Een ander woord voor eigen regie-voering is zelfbepaling[12], en dat concept verwijst naar drie basisbehoeften van mensen, namelijk:

- Competenties die het vertrouwen en het vermogen geven voor het bereiken van zelfgekozen doelen;
- Autonomie waarbij (levens)doelen en activiteiten hun oorsprong vinden in de unieke eigen aard van mensen en daardoor intrinsiek zijn gemotiveerd;
- Wederkerige, veilige en betekenisvolle verbindingen met anderen.

De mate waarin deze drie basisbehoeften – autonomie, competenties en verbondenheid – in onderlinge samenhang zijn vervuld, bepaalt in hoge mate het welbevinden en de gezondheid van mensen. Hoe meer het eigen gedrag als zelfbepaald wordt ervaren des te groter de intrinsieke motivatie en des te meer mensen volharden in het bereiken van hun doelen. Als de psychologische basisbehoeften onvoldoende zijn vervuld kunnen gezondheidsproblemen ontstaan en andersoortige behoeften manifest worden (bijvoorbeeld behoefte aan bewondering) en/of kunnen mensen compensatiegedrag gaan vertonen, zoals onbeheerst gedrag, rigide gedrag en dwars gedrag (Vansteenkiste & Ryan, 2013).

[12] Ryan & Deci (2000; 2008) ontwikkelden de 'theorie van zelfbepaling', mede op basis van onderzoek naar de drie basisbehoeften. Deze alinea is gebaseerd op hun werk.

In tabel 5.1 staat per basisbehoefte, voor de totale groep en per profiel, de gemiddelde beoordeling (uitgedrukt als een score op een zevenpuntschaal); hoe hoger de score hoe hoger de mate van zelfbepaling. De deelnemers in de totale groep beoordelen ten tijde van de vierde meting hun autonomie, competentie en verbondenheid als 'redelijk' (M_{range} = 5,0 – 5,2) en zo ook de deelnemers in de verschillende profielen (M_{range} = 4,7 – 5,4), behalve de 'jonge vrouwen' die hun autonomie en verbondenheid 'redelijk' tot 'goed' vinden (M = 5,5).

Tabel 5.1

De ervaren competentie, autonomie en verbondenheid voor totale groep en per profiel ten tijde van de vierde meting

Schaal	Competentie	Autonomie	Verbondenheid
	Gemiddelde score	*Gemiddelde score*	*Gemiddelde score*
Oudere daklozen (n_{range} = 104 – 107)	5.0 (0.9)	5.4 (0.9)	5.3 (0.7)
Mannen met multiproblematiek (n = 67)	4.8 (1.0)	5.0 (1.0)	5.1 (0.8)
Kwetsbaren (n = 64)	4.7 (1.0)	4.7 (1.1)	4.8 (0.9)
Jonge vrouwen (n_{range} = 39 – 40)	5.1 (0.9)	5.5 (0.8)	5.5 (0.6)
Jonge mannelijke cannabisgebruikers (n = 41)	5.3 (0.8)	5.3 (0.7)	5.3 (0.7)
Totale groep (n_{range} = 315 – 319)	5.0 (1.0)	5.2 (1.0)	5.2 (0.8)

Schaal: 1 = helemaal niet waar, 2 = niet waar, 3 = een beetje niet waar, 4 = niet waar en niet onwaar, 5 = een beetje waar, 6 = waar, 7 = heel erg waar.

5.4 Verandering in zelfbepaling

De deelnemers zijn op de vierde meting significant positiever over hun ervaren competentie dan op de eerste meting. Kijkend naar de profielen geldt dit ook voor 'mannen met multiproblematiek' en 'kwetsbaren'. Bij de andere profielen is het verschil niet significant.
Over hun autonomie zijn de deelnemers ten tijde van de vierde meting significant meer te spreken dan op de eerste meting. Voor de profielen geldt dit voor 'mannen met multiproblematiek', 'kwetsbaren', 'jonge vrouwen' en 'jonge mannelijke cannabisgebruikers'. Bij de 'oudere daklozen' is er geen significant verschil in ervaren autonomie.
Deelnemers ervaren op de vierde meting meer verbondenheid met anderen dan op de eerste meting. Dit zien we bij 'mannen met multiproblematiek', 'kwetsbaren' en 'jonge mannelijke cannabisgebruikers'. Bij de 'oudere daklozen' en de 'jonge vrouwen' is er geen significant verschil in waargenomen verbondenheid.

5.5 Voorspellers van algemene kwaliteit van leven 2,5 jaar na instroom

In deze paragraaf beschrijven we welke kenmerken van de deelnemers bij hun instroom in de maatschappelijke opvang voorspellend zijn voor hun ervaren algemene kwaliteit van leven 2,5 jaar later.

Uit internationaal wetenschappelijk onderzoek blijkt dat dakloosheid vaak samengaat met beperkte socio-economische bronnen blijkend uit bijvoorbeeld werkloosheid en laag inkomen. Die schaarste resulteert in moeilijkheden bij het vervullen van de primaire basisbehoeften van de mens, zoals onderdak of voedsel (Deforge et al., 2008; Lee & Greif, 2008; Radey & Wilkins, 2010; Zlotnick, Robertson & Tam, 2002). Verschillen tussen dakloze mensen in woonsituatie, inkomen en dagelijkse activiteiten zijn geassocieerd met verschillen in kwaliteit van leven (Sullivan et al., 2000). Dakloze mensen hebben in vergelijking met mensen in huishoudens met een laag inkomen over het algemeen kleinere sociale netwerken en hun contacten zijn minder betrouwbaar en bieden ook minder emotionele en materiële steun (Eyrich, Pollio, & North, 2003; Hwang et al., 2009; Letiecq, Anderson, & Koblinsky, 1998; Toohey, Shinn, & Weitzman, 2004). Verschillende studies wijzen op een associatie tussen de beschikbaarheid van sociale steun en een betere kwaliteit van leven (LaGory, Fitzpatrick, & Ritchey, 2001; Lam & Rosenheck, 2000; Wolf et al., 2001). Een longitudinaal onderzoek onder dakloze mensen in Los Angeles laat zien dat een ongunstige gezondheidsbeleving samenhangt met een lage mate van tevredenheid over eigen leven (Wolf et al., 2001).

Op basis van de in de literatuur gevonden voorspellers hebben we onderzocht of kenmerken van deelnemers tijdens de eerste meting, dus vlak na de instroom van de deelnemers in de opvang, voorspellend zijn voor de subjectieve algemene kwaliteit van leven ten tijde van de vierde meting. Deze kenmerken zijn als volgt geoperationaliseerd:

- Leeftijd (in jaren)
- Geslacht (man versus vrouw)
- Kinderen verblijven bij de deelnemer in de opvang (wel versus niet)
- Psychische gezondheid:
  - mate van hostiliteit (hoog versus niet hoog)
  - mate van somatische klachten (hoog versus niet hoog)
  - mate van angstklachten (hoog versus niet hoog)
  - mate van depressieve klachten (hoog versus niet hoog)
- Sociale steun:
  - mate van steun van familie
  - mate van steun van vrienden
- Middelengebruik:
  - cannabisgebruik (aantal dagen gebruikt in afgelopen dertig dagen)
  - alcoholgebruik (aantal dagen meer dan vijf glazen geconsumeerd in de afgelopen dertig dagen)
- Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar (wel versus niet)
- Werk (geen werk momenteel of in afgelopen jaar versus wel werk momenteel of in afgelopen jaar)
- Financiën:
  - aantal uitgavenposten, te weten voeding, kleding, wonen, reizen in de stad, en sociale activiteiten, waarvoor deelnemer genoeg geld had om aan uit te geven in de afgelopen maand

Exploratief zijn we nagegaan of ook andere kenmerken van deelnemers tijdens de eerste meting voorspellend zijn voor hun ervaren algemene kwaliteit van leven ten tijde van de vierde meting. De keuze voor deze kenmerken is ingegeven door signalen uit de praktijk of suggesties van de klankbordgroep.
We hebben deze kenmerken als volgt geoperationaliseerd:

- Etniciteit (allochtoon versus autochtoon)
- Opleidingsniveau (laagst versus overig)
- Een (vermoedelijke) licht verstandelijke beperking (wel versus geen)[13]
- Woonsituatie (niet zelfstandig gehuisvest versus wel zelfstandig gehuisvest)[14]
- Lichamelijke gezondheid (gemiddeld aantal lichamelijke klachten)
- Aantal onvervulde hulpbehoeften op financiën, huisvesting, dagbesteding en werk
- Totaal aantal maanden dakloos geweest
- Financiën:
  - schulden (een schuldbedrag gelijk aan of hoger dan duizend euro versus een schuldbedrag kleiner dan duizend euro)
- Vervulling psychologische basisbehoeften:
  - mate van autonomie
  - mate van competentie
  - mate van verbondenheid
- Ervaren algemene kwaliteit van leven ten tijde van de eerste meting

Met een univariate lineaire regressieanalyse is getoetst in welke mate elk kenmerk voorspellend is voor de subjectieve algemene kwaliteit van leven ten tijde van de vierde meting. De details van de analyse en de uitkomsten van de univariate regressieanalyses staan weergegeven in bijlage 1.
Voor het construeren van het uiteindelijke regressiemodel is een multivariate lineaire regressieanalyse uitgevoerd volgens de backward selectieprocedure. De kenmerken die univariaat een *p*-waarde hebben kleiner dan .25 zijn meegenomen in deze multivariate regressieanalyse (Bursac et al., 2008). In tegenstelling tot de univariate lineaire regressieanalyse, houdt de multiple lineaire regressieanalyse bij het toetsen van de voorspellende waarde van een bepaald kenmerk rekening met de invloed van de andere kenmerken hierop.

Voorspellers van algemene kwaliteit van leven 2,5 jaar na instroom

De kenmerken van deelnemers, gemeten tijdens de eerste meting, die voorspellend zijn voor hun ervaren algemene kwaliteit van leven ten tijde van de vierde meting zijn: somatische klachten, waarvan vermoed wordt dat deze veroorzaakt worden door een verhoogd (psychisch) spanningsniveau en verbondenheid (zie tabel 5.2).
Deelnemers met veel somatische klachten ten tijde van de instroom in de maatschappelijke opvang, hebben 2,5 jaar later een lagere kwaliteit van leven dan deelnemers zonder veel somatische klachten. En deelnemers die bij instroom zich meer verbonden voelden met anderen hebben 2,5 jaar later een hogere algemene kwaliteit van leven dan deelnemers die zich minder verbonden ervoeren. Niet heel opmerkelijk, blijkt de ervaren kwaliteit van leven bij instroom er ook toe te doen; deelnemers met een hogere ervaren kwaliteit van leven bij instroom ervaren 2,5 jaar later een hogere algemene kwaliteit van leven dan de deelnemers die bij instroom een lagere kwaliteit van leven ervoeren (zie figuur 5.4).
De verklaarde variantie (R^2) van de gevonden voorspellers tezamen is 19,0%; dat wil zeggen dat de drie gevonden voorspellers samen ongeveer een vijfde deel (19,0%) verklaren van de variantie in algemene kwaliteit van leven van deelnemers ten tijde van de vierde meting. Het grootste deel van de variantie (81,0%) wordt dus verklaard door andere, niet in dit onderzoek gemeten, factoren.

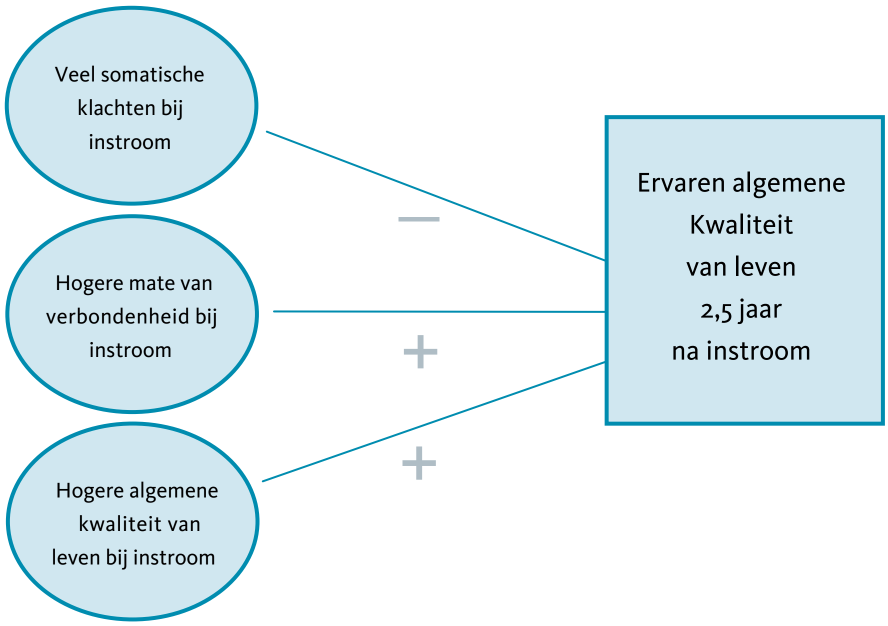
[13] Gemeten tijdens de tweede meting (T1).
[14] Zie voetnoot 13.

Tabel 5.2

Kenmerken van deelnemers bij instroom die voorspellend zijn voor hun subjectieve algemene kwaliteit van leven tweeënhalf jaar later (n = 297): gestandaardiseerde regressie coëfficiënten (Beta's) met p-waarden

Kenmerk bij instroom	Beta	*p*-waarde
Ervaren algemene kwaliteit van leven ten tijde van de eerste meting	.22	.000
Somatische klachten (hoge mate) waarvan vermoed wordt dat deze veroorzaakt worden door een verhoogd (psychisch) spanningsniveau	-.21	.000
Mate van verbondenheid	.15	.017

Figuur 5.4 **Schematische weergave van significante voorspellers van de algemene kwaliteit van leven van deelnemers tweeënhalf jaar na instroom**










THE HAGUE
UNIVERSITY

6. Samenvatting van de resultaten

Dit hoofdstuk geeft een samenvatting van de *resultaten van de vierde meting* bij de deelnemers van Coda-G4. De resultaten worden gepresenteerd per hoofdstuk.

Deelnemers in het cohort

- Met 378 deelnemers (73,7% van het oorspronkelijke cohort op T0) is een vierde interview gehouden: 308 volwassenen en 70 jongeren.
- De meerderheid (73,8%) van de deelnemers is man en de meerderheid (64,2%) is allochtoon.
- De gemiddelde leeftijd van de deelnemers is 39,7 jaar (de jongste is 20 jaar en oudste is 74 jaar).
- Het merendeel (69,8%) van de deelnemers was nooit gehuwd, bijna een kwart (23,8%) is gescheiden en 4,8% is gehuwd.
- Ongeveer de helft (52,0%) van de deelnemers heeft kinderen en van deze deelnemers heeft 83,7% contact met zijn/haar kinderen.
- Van de deelnemers die contact hebben met hun kinderen, heeft 27,9% minstens één van zijn/haar kinderen bij zich. Bij 42,5% verblijft minstens één van zijn/haar kinderen bij de andere ouder en 33,4% heeft minstens één kind dat op zichzelf woont.
- Het merendeel van de deelnemers is (zeer) laag opgeleid: 23,9% heeft ten hoogste de lagere school afgerond en daarnaast is 40,1% laag opgeleid (bijv. lbo, vmbo, mbo niveau 1). In de algemene bevolking liggen deze percentages op respectievelijk 8,0% en 9,0%.

Trajecten, geboden hulp en ervaren verbeteringen in de leefsituatie

- Iets meer dan een derde (35,4%) van de deelnemers heeft ten tijde van de vierde meting naar eigen zeggen nog een traject en 30,9% heeft dit traject afgesloten in de voorafgaande periode van 2,5 jaar. Ongeveer een derde (29,3%) geeft aan nooit een traject te hebben gehad.
- De groep die ten tijde van het vierde interview nog een traject had, is positiever over de geboden hulp dan de groep waarbij het traject was afgesloten.
- Ongeveer een kwart van de deelnemers met een lopend of afgesloten traject, is wel eens geweigerd door een hulpverleningsorganisatie. Zij noemen hierbij vooral ambulante woonbegeleiding en schuldhulpverlening.
- Van de deelnemers zonder traject vindt meer dan een kwart (27,6%) dat hun doelen in die periode (helemaal) zijn behaald. Van de deelnemers met een lopend of afgesloten traject geldt dat voor respectievelijk 35,4% en 40,8%.
- De meeste deelnemers met een lopend of afgesloten traject zijn (helemaal) tevreden met de veranderingen in hun situatie in de afgelopen 2,5 jaar (respectievelijk 68,4% en 70,7%). Bij de deelnemers zonder traject is dit percentage lager, namelijk 54,5%. Veel deelnemers vinden dat ze hier zelf (heel erg) aan hebben bijgedragen (percentages in de drie groepen variëren van 84,7% tot 87,0%). Volgens 55,1% van de groep deelnemers met een lopend traject hebben hulpverleners (in grote mate) bijgedragen aan de verbeteringen en bijna de helft (47,7%) noemt sociale contacten; in de groep deelnemers met een afgesloten traject geeft respectievelijk 32,4% en 59,8% dit aan en in de groep zonder traject respectievelijk 24,5% en 43,8%. Het lot wordt door meer dan vier tiende van de deelnemers genoemd (percentages in de drie groepen variëren van 42,5% tot 45,3%).

Zorggebruik

- In het half jaar voorafgaand aan de vierde meting maakten deelnemers vooral gebruik van de huisarts (50,8%), het algemeen maatschappelijk werk (37,0%), woonbegeleiding (30,7%), een algemeen ziekenhuis (29,4%) en een tandarts (28,6%).
- Significant meer deelnemers ontvingen in het half jaar voorafgaand aan de vierde meting woonbegeleiding (30,7%) dan in het half jaar voor de eerste meting (21,2%). Ook maakten significant meer deelnemers gebruik van beschermd of beschut wonen (5,8% bij de vierde meting en 2,1% bij eerste meting).
- In het half jaar voorafgaand aan de vierde meting hadden significant minder deelnemers contact met het algemeen maatschappelijk werk (37,0% bij de vierde meting en 55,8% bij de eerste meting), maakten zij minder gebruik van sociaal medische spreekuren (8,7% bij de vierde meting en 14,8% bij de eerste meting) en maakten zij minder gebruik van rechtshulp (15,9% bij de vierde meting en 24,1% bij de eerste meting) dan in het half jaar voor de eerste meting.

Zorgaansluiting

- Deelnemers hebben ten tijde van de vierde meting het vaakst een vervulde hulpbehoefte bij hun financiën (41,8%), gebit (24,6%), lichamelijke gezondheid (21,3%), huisvesting en woonruimte (20,8%) en hun geestelijke gezondheid (15,2%).
- Deelnemers ervaren op de meeste leefgebieden weinig ongevraagde bemoeienis. De ervaren ongevraagde bemoeienis komt relatief vaak voor bij financiën (9,6%).
- Onvervulde hulpbehoeften komen ten tijde van de vierde meting bij de deelnemers vooral voor bij hun gebit (29,6%), het vinden van werk (26,9%) en bij huisvesting en woonruimte (21,3%).
- Op veel leefgebieden (10 van de 22) wenst en ontvangt meer dan 90% van de deelnemers geen hulp.
- De meeste deelnemers hadden tijdens de eerste meting een vervulde hulpbehoefte op het gebied van huisvesting. Ongeveer zes tiende deel (62,6%) van deze deelnemers heeft ten tijde van de vierde meting geen hulpbehoefte meer op dit gebied.
- De meeste deelnemers hadden tijdens de eerste meting een vervulde hulpbehoefte bij hun financiën. Vaak hebben deze deelnemers ten tijde van de vierde meting ook een vervulde hulpbehoefte op dit gebied (50,9%).
- De meeste deelnemers hadden tijdens de eerste meting geen hulpbehoefte bij dagbesteding. Bij het merendeel (86,2%) van deze deelnemers is de situatie ten tijde van de vierde meting niet veranderd.
- De meeste deelnemers hadden tijdens de eerste meting een onvervulde hulpbehoefte bij het vinden van werk. Ongeveer de helft (49,4%) van deze deelnemers heeft ten tijde van de vierde meting geen behoefte meer aan hulp bij het vinden van werk.

Woonsituatie

- Van de totale groep deelnemers is 57,1% gehuisvest. Een derde (33,7%) verblijft in instituties, waarvan bijna de helft (48,7%) gebruik maakt van begeleid wonen. Bijna 7,0% is marginaal gehuisvest en 2,5% is dakloos.
- Ruim de helft van de deelnemers (53,7%) is ten tijde van de vierde meting negentig dagen of meer in een zelfstandige woonruimte gehuisvest of verbleef permanent bij familie, vrienden of kennissen.
- Gemiddeld zijn gehuisveste deelnemers 304,4 dagen van de 365 dagen gehuisvest in de periode van een jaar tussen de derde en de vierde meting.
- Ongeveer twee derde (65,7%) van de deelnemers is ten tijde van de vierde meting tevreden over de woonsituatie, in de zin dat zij het redelijk tot prima vinden om langere tijd op de huidige woonplek te blijven wonen.
- Gevraagd naar hun woonwensen op de wat langere termijn geven vrijwel alle deelnemers (97,7%) aan het liefst een zelfstandige woning, een appartement of kamer te willen.
- Van de totale groep deelnemers wil iets meer dan de helft (53,2%) begeleiding bij het wonen.
- Van degenen die begeleiding willen, wenst 34,5% langer dan een jaar begeleiding en een kwart (25,6%) van hen wenst de begeleiding korter dan een jaar. Vier tiende deel (39,9%) vindt het moeilijk te bepalen hoe lang zij begeleiding wensen.

- Van de deelnemers die tijdens de tweede meting dakloos waren, was 41,2% een jaar later geïnstitutionaliseerd, waarvan de helft (50,0%) begeleid woonde. Deze deelnemers zijn een jaar later, tijdens de vierde meting, meestal (71,4%) nog steeds geïnstitutionaliseerd.
- Van de deelnemers die tijdens de tweede meting gehuisvest was, was 83,7% een jaar later nog steeds gehuisvest. Veruit de meesten van hen (97,2%) zijn tijdens de vierde meting nog altijd gehuisvest.
- Van de deelnemers die tijdens de tweede meting geïnstitutionaliseerd waren, was 62,7% een jaar later nog steeds geïnstitutionaliseerd, van wie 46,1% in een woonvoorziening verbleef en 36,5% begeleid woonde. De meesten van hen (65,4%) zijn ook tijdens de vierde meting geïnstitutionaliseerd, waarvan 36,9% begeleid woonde en 33,2% in een woonvoorziening verbleef.
- Van de 31 deelnemers die tijdens de tweede meting marginaal gehuisvest waren, waren er elf een jaar later tijdens de derde meting gehuisvest. Van hen zijn er acht tijdens de vierde meting nog steeds gehuisvest.

Stabiele huisvesting

- Meer dan acht tiende deel (83,6%) van de deelnemers is tijdens de vierde meting stabiel gehuisvest, in de zin dat zij minstens negentig dagen in een zelfstandige woning verblijven, begeleid wonen of in een institutie verblijven. Van die 83,6% die stabiel is gehuisvest, woont 81,9% stabiel in een zelfstandige woning of woont begeleid en 18,1% verblijft stabiel in (overige) instituties, zoals een woonvoorziening in de maatschappelijke opvang.
- Deelnemers die in het jaar voorafgaand aan instroom gearresteerd of opgepakt zijn, zijn 2,5 jaar later minder vaak stabiel gehuisvest dan degenen die niet opgepakt zijn. Deelnemers die ten tijde van instroom veel somatische klachten hadden, waarvan vermoed wordt dat deze veroorzaakt worden door een verhoogd (psychisch) spanningsniveau, zijn 2,5 jaar later minder vaak stabiel gehuisvest dan degenen die niet veel somatische klachten hadden. Ook het hebben van meer onvervulde hulpbehoeften ten tijde van instroom, is een voorspeller van minder vaak stabiel gehuisvest zijn 2,5 jaar later.
- Bijna zes tiende deel (58,0%) van de deelnemers is tijdens de vierde meting tevreden stabiel gehuisvest, in de zin dat zij minstens negentig dagen in een zelfstandige woning verblijven, begeleid wonen of verblijven in een institutie én tevreden zijn over de huidige woonsituatie. Van de 58,0% die tevreden stabiel is gehuisvest, verblijft 88,1% in een zelfstandige woning of woont begeleid en 11,9% verblijft in (overige) instituties.
- Deelnemers die ten tijde van instroom veel somatische klachten hadden waarvan vermoed wordt dat deze veroorzaakt worden door een verhoogd (psychisch) spanningsniveau, zijn 2,5 jaar later minder vaak tevreden stabiel gehuisvest dan degenen die niet veel somatische klachten hadden. Deelnemers die ten tijde van instroom meer dan duizend euro schuld hadden, zijn 2,5 jaar later minder vaak tevreden stabiel gehuisvest dan degenen die duizend euro of meer schuld hadden. Het hebben van een hogere leeftijd ten tijde van instroom, is een voorspeller van vaker tevreden stabiel gehuisvest zijn 2,5 jaar later.
- Voor de deelnemers die tevreden stabiel zelfstandig gehuisvest zijn of begeleid wonen is het hebben van een hogere leeftijd ten tijde van de instroom geen voorspeller van vaker tevreden stabiel gehuisvest zijn 2,5 jaar later. Naast de andere bovengenoemde voorspellers (somatische klachten, schulden) geldt dat degenen die in het jaar voorafgaand aan instroom gearresteerd of opgepakt zijn, 2,5 jaar later minder vaak tevreden stabiel zelfstandig gehuisvest zijn of tevreden stabiel begeleid wonen dan degenen die niet gearresteerd of opgepakt zijn.

Kwaliteit van leven

- Deelnemers ervaren hun algemene kwaliteit van leven als ‘redelijk’ en zijn hier significant meer tevreden over dan tijdens de eerste meting. Het minst tevreden zijn zij over hun financiële situatie.
- Van alle leefgebieden zijn de deelnemers het meest tevreden over het contact met hun kinderen, hun weerbaarheid en veiligheid die zij als ‘goed’ of ‘redelijk’– ‘goed’ beoordelen, en het minst tevreden zijn zij over de kwaliteit van hun financiën (die vinden zij ‘matig’).
- Ten tijde van de vierde meting hebben significant minder deelnemers schulden dan op de eerste meting (79,1% versus 86,6%). Het gemiddelde schuldbedrag onder deelnemers tijdens de vierde meting van bijna vijftiend duizend euro verschilt niet significant van het schuldbedrag op de eerste meting.
- Op de meeste leefgebieden gaat de kwaliteit van leven van de deelnemers significant vooruit; met name op de gebieden financiën en huisvesting zien we relatief de meeste verbetering in ervaren kwaliteit. De kwaliteit van hun lichamelijke gezondheid, werk en sociale contacten met vrienden en kennissen zijn verbeterd sinds de eerste meting maar niet significant.
- Ten tijde van de vierde meting zijn deelnemers, van alle leefgebieden, het meest tevreden over de relatie met hun kinderen, hun weerbaarheid en hun veiligheid, en het minst tevreden over hun financiële situatie. Gedurende de afgelopen 2,5 jaar ervaren deelnemers op de meeste leefgebieden een verbetering in kwaliteit van leven, met name als het gaat om hun financiën en huisvesting. De kenmerken van deelnemers, gemeten tijdens de eerste meting, die voorspellend zijn voor hun ervaren algemene kwaliteit van leven 2,5 jaar later zijn: somatische klachten waarvan vermoed wordt dat deze veroorzaakt worden door een verhoogd (psychisch) spanningsniveau en verbondenheid. Deelnemers met veel somatische klachten ten tijde van de instroom in de maatschappelijke opvang, ervaren 2,5 jaar later een lagere algemene kwaliteit van leven dan deelnemers zonder veel somatische klachten. En deelnemers die zich bij instroom meer verbonden voelden met anderen hebben 2,5 jaar later een hogere subjectieve algemene kwaliteit van leven dan deelnemers die zich minder verbonden ervoeren. Niet heel opmerkelijk, blijkt de ervaren algemene kwaliteit van leven bij instroom er ook toe te doen; deelnemers met een hogere ervaren algemene kwaliteit van leven bij instroom ervaren 2,5 jaar later een hogere algemene kwaliteit van leven dan de deelnemers die bij instroom een lagere algemene kwaliteit van leven ervoeren.

Zelfbepaling

- De deelnemers beoordelen hun mate van zelfbepaling (autonomie, competentie en verbondenheid) als ‘redelijk’.
- Zowel hun autonomie, competentie als verbondenheid beoordelen deelnemers ten tijde van de vierde meting iets positiever dan tijdens de eerste meting.

7. Beschouwing

Dit slothoofdstuk blikt terug op de doelen van de cohortstudie en geeft een reflectie op de uitvoering van het onderzoek, op de resultaten van de vierde meting van Coda-G4, en op de veranderingen in de situatie van deelnemers in de periode van 2,5 jaar na hun instroom in de opvang. We formuleren op basis van de resultaten per doel aanbevelingen, die aanknopingspunten bieden voor praktijk en beleidsontwikkeling.

7.1 Veranderende context

Tijdens de looptijd van dit onderzoek (2010 – 2015) wijzigde de beleidscontext. De cohortstudie startte binnen de context van het Plan van Aanpak MO maar dit Plan is inmiddels beëindigd (2006 – 2014) en een vervolg is nog niet bekend. Kader 5 beschrijft de relevante veranderingen in beleid en regelgeving. Het aantal daklozen in Nederland is volgens het CBS tussen begin 2010 en begin 2012 toegenomen van 23.000 naar 27.00 mensen, maar zakte begin 2013 weer naar 25.000 mensen. Dakloosheid concentreert zich in de grote steden: bijna 40 procent verblijft in Amsterdam, Utrecht, Den Haag of Rotterdam. Het aandeel jonge daklozen is in de grote steden wat lager dan daarbuiten. In de grote steden is een kwart van de daklozen 18 tot 30 jaar en driekwart ouder. Buiten de grote steden is een op de drie daklozen jong (CBS Statline, 2015).
De gemeentes zijn nu aan zet om lokaal uitvoering te geven aan de ondersteuningsplicht voor kwetsbare, waaronder dakloze, mensen en hebben daarbij te maken met drie decentralisaties. Op 1 januari 2015 traden de participatiewet, de jeugdwet en de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking. Met deze wetten is een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid voor de uitvoering gedecentraliseerd van het Rijk naar de gemeenten. Van de gemeenten wordt verwacht dat zij een integrale aanpak realiseren in het sociale domein met verbindingen tussen wonen, onderwijs, gemeentelijk gezondheidsbeleid en (wijk)gezondheidszorg (ZonMw, 2014). De decentralisaties gaan gepaard met bezuinigingen onder andere op het participatiebudget. De regelgeving inzake schulden raakt ook direct de leefsituatie van kwetsbare mensen. Door de decentralisatie van de AWBZ functie 'begeleiding en (niet-gespecialiseerde) persoonlijke verzorging' naar de gemeenten per 1 januari 2015 verzwaart de doelgroep van de Wmo: beperkingen zijn ernstiger en langduriger en strekken zich uit over meer domeinen dan tot nu toe bij de Wmo-doelgroep het geval was (Movisie, 2013). Tegelijkertijd speelt de ambulantisering in verschillende sectoren, zoals in de GGZ en de gehandicaptenzorg en vindt er een afbouw van bedden in instituties plaats. Hierdoor komen meer mensen met meervoudige, complexe problemen in de wijk te wonen. Uitgangspunt is dat zij daar in eerste instantie een beroep doen op hun naasten, en daarna op sociale wijkteams.

Kader 5 Veranderingen in beleid en regelgeving

Wet gemeentelijke schuldhulpverlening in 2012

Om schuldhulpverlening effectiever te maken, is in 2012 de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening in werking getreden. Deze wet omschrijft 'wat' gemeenten moeten realiseren, maar niet 'hoe': het laat de vaststelling en de uitvoering van lokaal beleid over aan gemeenten. Zij zijn regisseur van het beleid en bepalen met ketenpartners wie welke rol heeft in de uitvoering. Een belangrijk onderdeel van de Wet gemeentelijke schuldhulpverlening is dat de plannen voor een integrale aanpak van de schuldhulpverlening per gemeente voor een periode van maximaal vier jaar worden opgesteld en ook preventie moeten bevatten. De schuldhulpverlening moet breed toegankelijk zijn en er mogen geen groepen mensen op voorhand worden uitgesloten. De maximale wachttijd bedraagt vier weken. In het geval van een bedreigende situatie (zoals uithuiszetting) geldt een maximum van drie werkdagen. De gemeente geeft globaal inzicht in de doorlooptijd. Dat wil zeggen: het aantal weken tussen het eerste gesprek en het bereiken van resultaat (Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2012). Wel verschillen gemeenten in wachttijden voor schuldhulpverlening en wordt geprobeerd om overschrijdingen van de wachttijd te monitoren en terug te dringen.

Drie decentralisaties in 2015

Op 1 januari van dit jaar zijn de Participatiewet, de Jeugdwet en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in werking getreden (Rijksoverheid, 2013). Met de Participatiewet wil het kabinet bereiken dat mensen met een ziekte of handicap en mensen met een bijstandsuitkering die kunnen werken, sneller en gemakkelijker aan het werk gaan (participeren). In de Jeugdwet is een belangrijk deel van de zorg en ondersteuning voor jongeren tot achttien jaar belegd. Voor jongeren vanaf achttien jaar en volwassenen gebeurt dit in de Wmo. Via de Wmo moeten gemeenten ondersteuning bieden om mensen die niet op eigen kracht zelfredzaam zijn, zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Het gaat bijvoorbeeld om:

- begeleiding en dagbesteding;
- ondersteuning om de mantelzorger tijdelijk te ontlasten;
- een plaats in een beschermde woonomgeving voor mensen met een psychische stoornis;
- opvang in geval van huiselijk geweld.

De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van deze drie wetten is ook per 1 januari 2015 grotendeels verschoven van het Rijk naar de gemeenten. Gemeenten moeten bij de uitvoering een integrale aanpak realiseren op de verschillende beleidsonderdelen binnen het brede sociale domein zoals wonen en (wijk)gezondheidszorg (ZonMw, 2014).

Veranderingen in de langdurige zorg in 2015

De Wet langdurige zorg is per 1 januari 2015 ingevoerd en vervangt de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De Wet Langdurige Zorg (WLZ) beoogt om mensen met een blijvende behoefte aan permanente zorg zo lang mogelijk thuis te laten wonen, en het zorgaanbod beter te richten op de persoonlijke situatie van mensen en hun zelfredzaamheid. Het persoonsgebonden budget (pgb) en het volledige pakket thuis (vpt) zijn als volwaardige leveringsvormen in de wet vastgelegd, wat de keuzevrijheid van de cliënt versterkt. Binnen het kader van deze wet past ook de ambulantisering die in verschillende sectoren (zoals in de GGZ en de gehandicaptenzorg) is ingezet. Vaak gaat het om jonge mensen die hun hele leven een beroep op de Wmo zullen blijven doen. Bijna de helft van deze groep heeft ook recht op een AWBZ-voorziening en er is vaak sprake van een opeenstapeling van problemen op meerdere levensgebieden. Herstel van zelfredzaamheid is vaak maar gedeeltelijk haalbaar (Movisie, 2013).

7.2 Reflectie op de cohortstudie

In 2010 startten IVO Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving en Impuls – Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg van het Radboudumc deze grootschalige cohortstudie naar daklozen in de G4. Het onderzoek is in grote lijnen uitgevoerd zoals beoogd. De in 2011 geselecteerde volwassen deelnemers in het cohort blijken een goede afspiegeling van de groep die in 2011 in de G4 instroomde in de maatschappelijke opvang. De jongere deelnemers in het cohort bestaan in vergelijking met de totale groep jongeren die in 2011 in de G4 in de MO instroomde uit meer jonge mannen, maar er is tussen beide groepen geen verschil in gemiddelde leeftijd.
Vanaf 2011 zijn de bij aanvang ruim 500 cohortdeelnemers vier keer geïnterviewd waarbij telkens het perspectief van de daklozen op hun situatie centraal stond. Door een effectief monitorsysteem voor het blijven volgen van de deelnemers gedurende 2,5 jaar en de medewerking hierbij van de praktijk, is de respons op elk van de vier metingen buitengewoon goed en na 2,5 jaar 73,7% (378 deelnemers). Er is groot draagvlak en enthousiasme ontstaan voor de studie bij de cohortdeelnemers, bij de in de G4 functionerende deelnemerspanels, bij de klankbordgroep en bij het beleid en praktijk in de G4. Hieraan hebben de mondelinge terugkoppeling, de gezamenlijke reflectie op elk van de vier rapportages en de later toegevoegde 'stedenrapportages' zeker bijgedragen.

De cohortstudie heeft haar beoogde doelen gerealiseerd, namelijk:

A. Bepalen van de behoeften en wensen van dakloze mensen met een beoogd persoonsgericht traject, in relatie tot hun achtergrond en problemen.
B. Bepalen van de transities in soorten onderdak en van de voorspellers van stabiele huisvesting.
C. Bepalen van veranderingen in de objectieve en subjectieve kwaliteit van leven van dakloze mensen, en van de voorspellers van subjectieve levenskwaliteit.

Door onvergelijkbare registraties in de G4 van de duur en status van persoonsgerichte trajecten van daklozen was het niet zinvol om een koppeling van onderzoeksresultaten met registraties over trajecten bij gemeenten te maken. Hierdoor was het helaas niet mogelijk om met dit onderzoek een oorspronkelijk geformuleerd vierde doel te beantwoorden, namelijk wat de invloed is van een individueel persoonsgericht traject op de kwaliteit van leven van dakloze mensen. Om toch nog enig inzicht in trajecten van deelnemers te krijgen zijn over die trajecten tijdens de vierde meting aan de deelnemers vragen voorgelegd. Deze resultaten zijn te lezen in hoofdstuk 2 van deze rapportage.

Het oorspronkelijke doel C, namelijk naar voorspellers van *verbeterde* subjectieve levenskwaliteit, is gewijzigd in de vraag naar voorspellers van subjectieve levenskwaliteit, omdat het bij nader inzien statistisch zuiverder is om de levenskwaliteit ten tijde van de vierde meting te voorspellen (corrigerend voor de levenskwaliteit gemeten op de eerste meting) dan om te onderzoeken wat de voorspellers zijn van een verschilvariabele.

De cohortstudie, zo mag geconcludeerd worden, is een unieke studie in Nederland. Dit onderzoek sluit aan bij een opkomende internationale trend om cohortstudies onder (subpopulaties van) daklozen uit te voeren, zoals bijvoorbeeld in Denemarken gebeurt waar vanuit het Daklozenregister een cohort van daklozen 10 jaar lang is gevolgd (Nilsson, Hjorthøj, Erlangsen & Nordentoft, 2013). Door dit onderzoek is een waardevolle en stevige kennisinfrastructuur opgebouwd die kan worden benut voor vervolg- en verdiepend onderzoek. De uitvoering is nagenoeg vlekkeloos verlopen met een ongekende hoge respons. De onderzoeksresultaten uit de tussenrapportages, de eindrapportage en de stedenrapportages bieden zeer relevante uitkomsten voor praktijk en beleid. Hierna bespreken we de uitkomsten van de cohortstudie waarbij we de drie hierboven vermelde onderzoeksdoelen als vertrekpunt nemen. Maar eerst gaan we kort in op de kenmerken van het cohort en de gevonden profielen hierin.

7.3 Kenmerken en profielen

Ten tijde van het eerste interview, kort na hun instroom in de maatschappelijke opvang is de meerderheid van zowel de volwassen als de jongere deelnemers in het cohort man, allochtoon en laag opgeleid. In het oog springt het lage opleidingsniveau van de deelnemers, dat bij 91,0% van de jongeren laag tot zeer laag is. De meesten volwassenen waren nooit gehuwd en ruim een kwart heeft een partner. Van de jongeren heeft bijna de helft een partner. Het merendeel van de volwassenen is op het moment van instroom voor de eerste keer in hun leven dakloos. De volwassenen die voor het eerst dakloos zijn, zijn dit dan gemiddeld 1,8 jaar. De helft van de jongeren is bij instroom voor het eerst dakloos en deze groep is dit dan gemiddeld één jaar. Financiële problemen, conflicten en breuken in persoonlijke relaties en huisuitzetting worden door volwassenen en jongeren genoemd als belangrijkste redenen voor hun dakloosheid waarbij het bij jongeren bij huisuitzetting vooral gaat om uitzetting door ouder(s) of opvoeder(s). De deelnemers hebben opvallend weinig sociaaleconomische bronnen om zich staande te houden. Slechts een klein deel (8,0%) van de volwassenen heeft bij instroom een betaalde baan en bijna alle volwassenen en jongeren hebben op dat moment schulden. In het oog springend is ook de bovengemiddelde aanwezigheid van psychische klachten onder cohortdeelnemers en de conflicten in de thuissituatie, waarbij vaak sprake was van mishandeling. Ook waren deelnemers in het jaar voorafgaand aan het eerste interview vaak betrokken bij een gewelddadig misdrijf of opgepakt of gearresteerd (Van Straaten et al., 2012). Boven-dien is er bij bijna een derde van de cohortdeelnemers een sterke aanwijzing voor een licht verstandelijke beperking, waarbij langdurige ondersteuning bij het wonen wenselijk is (Van der Laan et al., 2013).

Het cohort van de dakloze deelnemers die in 2011 instroomden in de maatschappelijke opvang in de G4 voldoet niet direct aan het beeld van de daklozengroepen in de G4 van rond de eeuwwisseling met een gemiddelde duur van dakloosheid ooit in het leven van vijf tot zes jaar (De Bruin et al., 2003; Reinking, Wolf & Kroon, 2001; Wolf, et al., 2002). Bij dit cohort in de G4 is de gemiddelde duur van dakloosheid ooit 2,5 jaar. Dit laat onverlet dat de cohortdeelnemers een kwetsbare groep vormen met een relatief grote afstand tot de samenleving.
De daklozenprofielen die in het cohort zijn onderscheiden, geven een gedifferentieerd beeld van 'de daklozen' die instromen in de maatschappelijke zorg en het type zorg dat is geïndiceerd. Het cohort bestaat bij instroom uit vijf profielen, namelijk 'oudere daklozen', 'mannen met multiproblematiek', 'kwetsbaren', 'jonge vrouwen' en 'jonge mannelijke cannabisgebruikers'. Tussen de profielen zijn er grote verschillen in kwetsbaarheid. Vooral de mate van middelengebruik en de mate van psychische en lichamelijke klachten lopen uiteen. Zo lijkt voor 'mannen met multiproblematiek' en 'kwetsbaren' met meervoudige problemen een integrale, herstelondersteunende aanpak geïndiceerd. De 'jonge vrouwen' daarentegen lijken betrekkelijk weinig problemen te hebben en zijn vooral geholpen met stabiele huisvesting, praktische hulp en ondersteuning bij de zorg voor hun eventuele kinderen (Van der Laan et al., 2013).

Aanbeveling

- Gezien de relatief lichte problematiek van 'jonge vrouwen' kan snelle en gepaste ondersteuning helpen voorkomen dat deze vrouwen in de maatschappelijke opvang komen. Hier is een belangrijk taak voor gemeenten weggelegd.

7.4 Behoeften, zorggebruik, trajecten, zorgaansluiting en begeleidingswensen (doel A)

Onvervulde hulpbehoeften 2,5 jaar na instroom

Bij instroom in de maatschappelijke opvang hebben deelnemers de meeste behoefte aan hulp bij huisvesting, financiën, hun gebit en het vinden van werk. Ook de persoonlijke doelen van deelnemers gaan over begeleid of zelfstandig wonen, het aflossen van schulden, een betere gezondheid en het vinden van een baan. Deze behoeften veranderen in 2,5 jaar tijd niet veel. Op de meeste leefgebieden wensen de meeste jongere en volwassen deelnemers ten tijde van de eerste en de vierde meting[15] geen hulp en ontvangen die ook niet[16]. Van ongevraagde bemoeienis is nauwelijks sprake. Ook na 2,5 jaar hebben deelnemers de meeste onvervulde hulpbehoeften bij hun gebit, het vinden van werk, huisvesting, de lichamelijke gezondheid en financiële situatie. Ten tijde van de eerste meting werd daarnaast ook vaak een onvervulde hulpbehoefte bij dagbesteding genoemd. Van de deelnemers met een onvervulde hulpbehoefte bij hun dagbesteding tijdens de eerste meting, geven de meeste deelnemers 2,5 jaar later aan hierbij geen hulp meer nodig te hebben. Toch geeft bijna een vijfde van de deelnemers nog steeds aan bij dagbesteding een onvervulde hulpbehoefte te hebben. Opvallend is verder, dat van de deelnemers die bij instroom naar eigen zeggen ongewenst hulp ontvingen bij hun financiën, bijna de helft na 2,5 jaar aangeeft dat hun behoefte aan hulp op dit vlak is vervuld, wat mogelijk toch pleit voor ‘ongevraagde bemoeienis’ bij financiën. Het is goed mogelijk dat deze deelnemers zich niet volledig bewust waren van de ernst van hun financiële situatie bij instroom, maar toen hierbij ondersteuning werd geboden zij dit toch als wenselijk ervoeren.

Wel is het zorgwekkend dat bij ongeveer een kwart van de deelnemers met bij instroom een onvervulde hulpbehoefte bij respectievelijk hun financiën of bij het zoeken naar huisvesting, de hulpbehoefte na 2,5 jaar nog steeds onvervuld is. Van degenen met bij instroom een onvervulde hulpbehoefte bij het vinden van werk heeft zelfs ruim een derde na 2,5 jaar nog steeds een onvervulde hulpbehoefte. Tevens geeft ongeveer een vijfde van de deelnemers met bij instroom een vervulde hulpbehoefte bij het vinden van werk na 2,5 jaar aan, dat hoewel zij hierbij nog steeds hulp willen, ze hierbij geen hulp (meer) ontvangen. Ruim een kwart van alle deelnemers heeft ten tijde van de vierde meting een onvervulde hulpbehoefte bij het vinden van werk.

Iedereen die kan werken maar daarbij ondersteuning nodig heeft, valt sinds 1 januari 2015 onder de Participatiewet. De wet is er om zoveel mogelijk mensen met of zonder arbeidsbeperking werk te laten vinden en valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten die hieraan vaak een eigen invulling aan geven. Het is uitermate belangrijk dat (ex-) dakloze mensen ondersteund worden bij het vinden van passend werk en dezelfde kansen als andere burgers krijgen om eigen inkomen te genereren.

[15] In dit rapport vergelijken we voor de overzichtelijkheid alleen de eerste en de vierde meting maar dit beeld verandert niet voor de tussenliggende metingen.

[16] Geen behoefte aan hulp wil niet zeggen dat deelnemers op die gebieden niet gebaat zouden zijn bij hulp en ondersteuning.

Schuldenproblematiek blijft groot

Net als bij de eerdere metingen, waarderen de deelnemers hun financiën van alle onderzochte leefdomeinen bij de vierde meting het laagst ('matig'). Deze relatief negatieve beoordeling is in lijn met de zorgwekkende schuldsituatie. Ondanks dat ten tijde van de vierde meting significant minder deelnemers schulden hebben dan tijdens de eerste meting, is dit percentage nog steeds erg hoog (79,1%). Het gemiddelde schuldbedrag tijdens de vierde meting van bijna vijftien duizend euro verschilt niet significant van het schuldbedrag op de eerste meting. Een praktische verklaring hiervoor is dat een traject schuldsanering ten minste drie jaar loopt en het beëindigen ervan buiten de looptijd van de cohortstudie valt. Deelnemers die van deze regeling gebruik maken 'sparen' tijdens dit traject maandelijks om na drie jaar het bedrag zoveel mogelijk af te kunnen lossen. Het schuldbedrag neemt dus tussentijds niet af. Het eventuele restant wordt na afloop veelal kwijtgescholden (www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/schulden/wettelijke-schuldsanering). Ten tijde van de vierde meting, 2,5 jaar na instroom is bij deze groep deelnemers dus redelijkerwijs geen afname in het schuldbedrag te verwachten zijn, ondanks dat zij hier wel hulp bij ontvangen en ook werken aan het afbetalen van hun schulden. Maar van de deelnemers met schulden op zowel de eerste als de vierde meting, geeft na 2,5 jaar slechts een vijfde (20,0%) aan dat hun geld in beheer is bij schuldsanering. Toekomstig onderzoek zou zich moeten richten op de overige 80,0% van de deelnemers met schulden zonder een schuldsaneringtraject om in kaart te brengen welke andere vormen van ondersteuning zij eventueel bij hun schulden ontvangen, wat hiervan het effect is geweest en wat hierbij te verbeteren is.

Verschuivingen in zorggebruik in 2,5 jaar

Deelnemers maakten in de afgelopen 2,5 jaar minder gebruik van verschillende soorten zorg, waaronder het algemeen maatschappelijk werk, het sociaal medisch spreekuur en rechtshulp. Deze ontwikkelingen kunnen samenhangen met het opstarten van een integraal persoongericht traject waarbij in plaats van het algemeen maatschappelijk werk een trajectbegeleider als 'casemanager' optreedt en waarbij als gevolg van toeleiding naar reguliere medische zorg het gebruikmaken van het sociaal medisch spreekuur afneemt. Maar deze ontwikkelingen kunnen ook andere oorzaken hebben en geen uitvloeisel van een bewuste beleidskeuze zijn. In dat geval zou bijvoorbeeld de vermindering van hulp van maatschappelijk werk onwenselijk zijn omdat minder hulp het herstel kan tegenwerken.
Er is in de periode van 2,5 jaar een significante toename van woonbegeleiding en beschermd of beschut wonen, wat een weerspiegeling is van de toename van stabiele huisvesting in die periode.
De toename in zorggebruik in termen van woonbegeleiding en beschermd of beschut wonen lijkt een positieve verschuiving op de zogenaamde 'Oggz-woonladder' (Wolf, 2006b). De derde meting leert, dat met name bij jongere cohortdeelnemers doorstroming vanuit begeleid wonen lastig is. Dit kan samenhangen met de schaarste aan betaalbare woningen in het algemeen. Jongeren komen vaak niet voor een zelfstandige woonruimte in aanmerking. Daarnaast lijken sommige deelnemers wegens beperkte zelfredzaamheid aangewezen op een langdurig verblijf in woonvoorzieningen.

Nadere analyses laten zien, dat na 2,5 jaar nog altijd ongeveer een kwart van de deelnemers kampt met hoge angstklachten, depressieve of somatische klachten. Eind 2013 rapporteerde de Federatie Opvang in een brief aan de Tweede Kamer over een toename in afwijzingen bij de CIZ-aanvragen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen of een dubbele diagnose (psychiatrie in combinatie met een verstandelijke beperking en/of ernstige verslaving). Het is zorgwekkend als bepaalde kwetsbare groepen die ondersteuning nodig hebben de toegang tot zorg geweigerd wordt. Per 2015 wordt onder andere met de nieuwe Wmo en met de invoering van de WLZ beoogd de positie van kwetsbare cliënten te versterken. De praktijk moet nog gaan uitwijzen of hun gewenste toegang tot zorg nu gewaarborgd is.

Mogelijk hangen veranderingen in zorggebruik ook samen met een verschuiving van professionele hulp naar hulp vanuit het informele netwerk. Deelnemers ervaren meer verbondenheid met anderen in vergelijking met 2,5 jaar geleden en aanvullende analyses tonen aan dat zij ook significant meer steun ervaren van hun familie en van hun vrienden en kennissen. Wellicht heeft de episode van dakloosheid als ingrijpende levensgebeurtenis deze steunbronnen gemobiliseerd. De vraag is of deze steun blijvend is. Dit is een constant aandachtspunt voor professionele begeleiders.

Ervaringen met geboden hulp gematigd positief

Iets meer dan een derde (35,4%) van de deelnemers heeft naar eigen zeggen nog een traject ten tijde van de vierde meting en 30,9% heeft het traject afgesloten in de afgelopen 2,5 jaar. Bijna een derde geeft aan nooit een traject te hebben gehad. Deze laatste groep bestaat uit personen die bijvoorbeeld voordat het traject startte zelf woonruimte vonden, te zelfstandig werden geacht voor een traject of die waarschijnlijk wel hulp kregen maar niet vanuit een traject. De grootte van deze laatste groep is verbazingwekkend, daar alle deelnemers in het onderzoek zijn geworven nadat zij waren aangemeld en toegelaten tot een individueel traject bij de maatschappelijke opvang. Het kan zijn dat sommige deelnemers wel een traject hadden, maar dit niet als zodanig herkenden en er daarom ook in het interview geen gewag van maakten. Het kan echter ook zijn dat er na de intake bij deze mensen geen follow-up is geweest, in de zin van een start van een traject. Als dat zo is, is dat zorgelijk.

Om meer inzicht te krijgen in de verschillen tussen deelnemers met een lopend traject (113 in totaal), deelnemers met een afgesloten traject (116 in totaal) en deelnemers die nooit een traject hebben gehad (110 in totaal), is gekeken of zij verschilden in geslacht, leeftijd, etniciteit, vermoedelijke verstandelijke beperking, opleidingsniveau, schulden, psychische klachten, middelengebruik, woonwensen, subjectieve beleving woonsituatie en kwaliteit van leven (zie bijlage 3 voor de statistische details). Deelnemers met een lopend traject zijn significant vaker man dan deelnemers met een afgesloten traject en deelnemers met een afgesloten traject zijn significant jonger dan de andere deelnemers. Opmerkelijk is, dat deelnemers met een lopend traject vaker begeleiding wensen bij het wonen dan deelnemers in de andere twee groepen. Op alle overige kenmerken verschilden de drie groepen niet significant.

De ervaringen van de deelnemers met de geboden hulp zijn gematigd positief. Meer dan een derde (35,4%) van de deelnemers, van zowel de groep met een lopend traject ten tijde van de vierde meting als de groep met een afgesloten traject (40,8%), geeft aan dat hun doelen (helemaal) zijn behaald in de afgelopen 2,5 jaar. Ook is zeker de helft tevreden met de veranderingen in de eigen situatie gedurende de afgelopen 2,5 jaar. Het minst gewaardeerd werd de onderlinge afstemming tussen hulpverleners en de helderheid van de doelen van het trajectplan. Daarnaast geeft, van beide groepen, nagenoeg een kwart aan wel eens geweigerd te zijn door een hulpverleningsorganisatie, met als meest genoemd de schuldhulpverlening en de ambulante woonbegeleiding.

De meerderheid van de deelnemers met een lopend traject ten tijde van de vierde meting is tevreden met de voortgang van het traject en vindt dat het door de hulp beter met hen gaat. Voor de deelnemers met een inmiddels afgesloten traject zijn deze percentages lager. De groep deelnemers met een lopend traject is meer te spreken over dit traject (en de geboden hulp) en ervaart hier meer baat bij dan de laatstgenoemde groep. Het is goed mogelijk dat hun oordeel over de geboden hulp verandert als het traject is beëindigd en met meer afstand op het traject kan worden teruggekeken. Of wellicht heeft onder deze deelnemers ontevredenheid met de geboden hulp juist geleid tot het voortijdig beëindigen van het traject. Uit ander onderzoek weten we dat ook bij dakloze mensen tevredenheid met begeleiding of zorg vooral bepaald wordt door bejegeningaspecten zoals ervaren respect (Barendregt et al., 2015; Beijersbergen et al., 2010; De Winter & Noom, 2003). Aandacht voor de kwaliteit van de bejegening is zeker een aandachtspunt om voortijdige beëindiging van hulp te verminderen.

Aanbevelingen

- Hanteer een pro-actieve, outreachende aanpak zodat door vroegsignalering verdere sociale uitsluiting en hogere zorgkosten voorkomen kunnen worden.
- Zet specifiek bij dakloze jongeren in op opleiding tot tenminste een startkwalificatie voor de arbeidsmarkt.
- Kom als gemeente, zowel binnen de Wmo als binnen de Participatiewet, tot creatieve oplossingen om met een beperkt budget dakloze jongeren en volwassenen ondersteuning te blijven bieden bij het krijgen en behouden van werk (bv beschut werken). Blijf als gemeente kansen creëren voor werk.
- Voorzie als gemeente in goede gebitszorg voor dakloze mensen.
- Screen bij de start van een traject op de aanwezigheid van een vermoedelijke licht verstandelijke beperking daar dit niet alleen het benodigde type ondersteuning maar ook de hulpverlenerrelatie beïnvloedt.
- Bied (voorheen) dakloze mensen langdurige ondersteuning bij het wonen, met onder meer budgetbeheer en op orde houden van administratie en doe dat met name voor cliënten met een vermoedelijke licht verstandelijke beperking. Overtuig als MO de andere sectoren hier ook hun verantwoordelijkheid in te nemen.
- Lever integraal en sectoroverstijgend maatwerk in de begeleiding, passend bij het profiel van de cliënt. Voor 'mannen met multiproblematiek' en 'kwetsbaren' met meervoudige problemen een integrale, herstelondersteunende begeleiding en voor de 'jonge vrouwen' met name praktische hulp, hulp met betrekking tot het realiseren van stabiele huisvesting en ondersteuning bij de zorg voor hun eventuele kinderen.
- Maak schuldhulpverlening toegankelijker, door bestaande in- en exclusiecriteria te bekijken en waar mogelijk aan te passen.
- Doe onderzoek naar de 80,0% van de deelnemers met schulden zonder schuldsanering; kwamen zij niet in aanmerking, waren er te weinig beschikbare plaatsen of wilden ze zelf niet? Hoe staan zij er over een paar jaar voor in vergelijking met de deelnemers met een afgerond schuldsaneringtraject?

7.5 Transities in soorten onderdak en voorspellers van stabiele huisvesting (doel B)

Positieve transities

Wat betreft hun huisvesting zijn veel deelnemers er in 2,5 jaar tijd op vooruit gegaan. Feitelijke dakloosheid in de zin van bijvoorbeeld een verblijf in de nachtopvang komt nog maar weinig voor, namelijk bij 2,5% van de deelnemers. Marginaal gehuisvest is 7,0% van de deelnemers. Een derde (33,7%) verblijft in instituties, waarvan bijna de helft (48,7%) gebruik maakt van begeleid wonen. En 57,1% is zelfstandig gehuisvest.
Bij de transities in de woonsituatie van de cohortdeelnemers in de periode van 2,5 jaar valt als eerste op dat terugval naar dakloosheid weinig voorkomt. Als deelnemers eenmaal gehuisvest zijn, dan zijn zij vaak tijdens de vervolgmetingen ook nog gehuisvest. In het oog springt verder, dat als iemand verblijft in een institutie die persoon ten tijde van vervolgmetingen vaak nog steeds in een institutie verblijft.
De inzet van gemeentelijk beleid is om mensen zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren en niet langdurig in, vaak duurdere, instituties te laten verblijven. De vraag is of er niet voor meer mensen zelfstandige huisvesting is weggelegd. Om hier meer inzicht in te krijgen hebben we twee groepen met elkaar vergeleken op hun kenmerken, zoals psychische klachten, middelengebruik, vermoedelijke verstandelijke beperking en kwaliteit van leven (zie bijlage 4 voor resultaten). Het gaat om: 1) de groep die doorstroomt naar begeleid zelfstandig wonen (61 in totaal), en; 2) de groep die (nog steeds) verblijft in een woonvoorziening in de maatschappelijke opvang (46 in totaal). Beide groepen verschillen aanzienlijk in psychische klachten: in vergelijking met deelnemers die begeleid wonen, scoren deelnemers in woonvoorzieningen beduidend hoger op depressieve klachten, angstklachten en hostiliteit, geven zij vaker zelf aan begeleiding bij het wonen te wensen en zijn zij minder positief over hun woonsituatie. Beide groepen verschillen niet significant op middelengebruik, opleidingsniveau of een vermoedelijke verstandelijke beperking. Wel ervaren zij een andere levenskwaliteit op diverse domeinen; mensen in woonvoorzieningen zijn minder te spreken over hun wonen, lichamelijke en psychische gezondheid, veiligheid, relatie met vrienden en kennissen en hun algemene levenskwaliteit dan mensen die begeleid zelfstandig wonen.
Opmerkelijk is vooral het verschil in psychische problematiek tussen beide groepen. De vraag is of dit verschil het verschil in woonsituatie kan rechtvaardigen. Mogelijk hebben deze mensen (voorlopig) intensievere begeleiding en meer toezicht nodig. Langdurig verblijf in een woonvoorziening hoeft echter niet altijd de beste oplossing te zijn. Er zijn positieve resultaten geboekt met het begeleid zelfstandig laten wonen van mensen met ernstige psychische problematiek, veelal in combinatie met verslavingsproblemen, bijvoorbeeld met inzet van ambulante begeleiding door *assertive community treatment-teams* of met behulp van *Housing First*. Aangezien meer dan de helft van de mensen in een woonvoorziening niet positief is over hun woonsituatie, sluit een meer zelfstandige woonvorm met begeleiding wellicht beter aan bij hun eigen wensen. Ook zou zelfstandiger wonen hun kwaliteit van leven positief kunnen beïnvloeden; die is nu relatief laag. Inzet van zelfstandig wonen met ambulante begeleiding is tegelijkertijd passend bij de huidige inzet van gemeenten om mensen – ook de extra kwetsbare groepen – zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

Een ander patroon in de huisvesting van dakloze mensen in de 2,5 jaar na instroom is de lange duur van de transitie van dakloosheid naar zelfstandig wonen bij de meerderheid van de deelnemers. Zo was ongeveer een derde van de deelnemers een half jaar na instroom nog steeds dakloos en bleek een kwart van deze groep een jaar daarna nog steeds dakloos te zijn. Zij hadden sneller moeten kunnen doorstromen naar een woonvoorziening of (begeleid) zelfstandig wonen. Dat dit niet (sneller) gebeurde, kan te maken hebben met verschillende factoren, zoals een tekort aan beschikbare woningen of passende woonvoorzieningen, te weinig aandacht voor het toewerken naar doorstroom ('hospitalisering') en de schuldensituatie die doorstroom in de weg kan staan.
Opmerkelijk is dat de meeste deelnemers, ook de meerderheid van degenen die zelfstandig wonen, begeleiding wensen. Veelal willen zij deze begeleiding op afspraak, en ruim de helft van degenen die dit wensen wil dit één keer per week of vaker. Het bieden van structuur door middel van een vast begeleidings-moment is dus voor veel deelnemers belangrijk.

Groot deel woont stabiel én is tevreden met de woonsituatie

Ronduit positief is dat meer dan 80% van de deelnemers tijdens de vierde meting stabiel gehuisvest is, in de zin dat de deelnemers minstens negentig dagen in een zelfstandige woning verblijven, begeleid wonen of verblijven in een institutie. Wanneer we uitsluitend de deelnemers als stabiel gehuisvest kenmerken die minstens negentig dagen in een zelfstandige woning verblijven of begeleid wonen, dan woont bijna 70% van de deelnemers na 2,5 jaar stabiel.
Bijna 60% van de deelnemers is tijdens de vierde meting tevreden stabiel gehuisvest, in de zin dat zij minstens negentig dagen in een zelfstandige woning verblijven, begeleid wonen of verblijven in een institutie én tevreden zijn over de huidige woonsituatie. Wanneer we uitsluitend de deelnemers als stabiel tevreden gehuisvest kenmerken die minstens negentig dagen in een zelfstandige woning verblijven of begeleid wonen en met deze huisvesting tevreden zijn, dan is bijna de helft van de deelnemers tevreden stabiel gehuisvest. Dit betekent dat rond de 20% van de deelnemers weliswaar stabiel woont, maar niet naar tevredenheid. Het onderscheid in tevredenheid met de huidige woonsituatie is relevant, omdat niet iedereen die stabiel woont hier dus ook tevreden mee is, wat de tem 'stabiel' wel suggereert. De kans dat de stabiele woonsituatie bij hen gedurende langere tijd in stand blijft, lijkt kleiner dan bij degenen die wel tevreden stabiel wonen. Ook uit eerder onderzoek blijkt een positief verband tussen tevredenheid met de woonsituatie en residentiële stabiliteit (Srebnik et al., 1995). De tevredenheid met de woonsituatie hoeft echter niet per definitie met de woonruimte zelf te maken te hebben. Ook andere factoren kunnen invloed hebben op deze tevredenheid. Het hebben van hoge schulden is zo'n factor, die in de volgende paragraaf verder wordt toegelicht.

Deelnemers met hogere schuld minder vaak tevreden stabiel gehuisvest

Deelnemers die ten tijde van de instroom geen of minder dan duizend euro schuld hadden, zijn 2,5 jaar later vaker tevreden stabiel gehuisvest dan degenen die duizend euro of meer schuld hadden. Opvallend is, dat een hoge schuld geen significante (onafhankelijke) voorspeller was voor instabiele huisvesting als daarbij de tevredenheid over de huisvestingssituatie niet werd meegenomen. Cohortdeelnemers hebben 2,5 jaar na instroom dus meestal wel een stabiele woonsituatie, ongeacht of zij hoge schulden hebben of niet, maar de tevredenheid met de woonsituatie hangt af van de schuldensituatie.
Hoge schulden zouden belemmerend kunnen werken op de tevredenheid met de woonsituatie om verschillende redenen. Zo kan de angst voor of contacten met deurwaarders veel stress opleveren en een negatieve invloed hebben op de tevredenheid met de woonsituatie. Wanneer een mogelijke huisuitzetting boven het hoofd hangt, is het goed voor te stellen dat iemand niet naar tevredenheid woont. Ook kan het zijn, dat de schuldensituatie de totale levenskwaliteit negatief beïnvloedt, waardoor ook de woonsituatie als negatiever wordt ervaren

Voorspellers van (tevreden) stabiele huisvesting na 2,5 jaar

Minder vaak stabiel gehuisvest 2,5 jaar na instroom zijn deelnemers met meer somatische klachten, waarvan vermoed wordt dat deze veroorzaakt worden door een verhoogd (psychisch) spanningsniveau, meer onvervulde hulpbehoeften, en die zijn gearresteerd in het jaar voorafgaand aan de instroom.
De sterkste voorspeller van 'niet stabiele huisvesting' is gearresteerd of opgepakt zijn in het jaar voorafgaand aan de instroom. Meestal ging het om één of twee arrestaties of aanhoudingen en was de reden diefstal, openstaande boetes of geweldpleging. Het verband tussen het hebben van een detentieverleden en een langere duur van dakloosheid is eerder gevonden in een onderzoek naar nieuwe daklozen in New York (Caton et al., 2005). De subgroep van mensen in de maatschappelijke opvang met een detentieverleden is al langere tijd onder de aandacht. Uit de evaluatie van het Plan van Aanpak door het Trimbos-instituut blijkt echter dat de aanvankelijk goede samenwerking tussen zorginstanties en het Ministerie van Justitie in de loop van de tijd verslechterde (Tuynman & Planije, 2014). Ook beschrijft deze evaluatie dat organisaties en cliëntvertegenwoordigers aangeven dat er nog steeds veel gedetineerden zijn bij wie het niet lukt om tijdens detentie vast te stellen of de persoon een identiteitsbewijs, verzekering, huisvesting en inkomen heeft. Dit lijken essentiële bronnen te zijn voor het voorkomen van dakloosheid en ook voor het sneller krijgen van huisvesting als iemand na detentie dakloos is geraakt. De kans op terugval in delinquent gedrag is ook groter als iemand geen vaste woonruimte heeft (Loucks, 2007).

Aanbevelingen

- Neem in het beleid wonen als vertrekpunt omdat dit aansluit bij de wens van dakloze mensen en benut daarbij het model van Housing First.
- Zorg bij woonvoorzieningen voor een systeem van periodieke screening op exit-mogelijkheden van residentieel dakloze mensen die daar verblijven en leg de screening (met exit-criteria) en monitoring vast in het uitstroombeleid van de voorziening.
- Gearresteerd zijn in het jaar voorafgaand aan instroom in de opvang blijkt een voorspeller van stabiele huisvesting 2,5 jaar later. Screen aanmelders bij de MO op recente arrestaties om zo steviger in te zetten op begeleiding van deze groep. Zet daarnaast *Critical Time Intervention* (CTI) (Wolf, 2010) in tijdens het transitiemoment van uitstroom uit detentie om te voorkomen dat mensen (langdurig) dakloos raken.
- Zet als gemeente in op de doorstroom van met name jongeren vanuit begeleid wonen naar zelfstandige woonruimte en zoek creatieve oplossingen om het woningaanbod te vergroten voor deze groep.
- Zet als gemeente in op het aanpakken van huurschuld door bijvoorbeeld de instroom en uitvoering van het gemeentelijk schuldhulpverleningsbeleid aan te passen en bij huurachterstand altijd het (NVVK) instrument "Saneringskrediet" in te zetten.

7.6 Objectieve en subjectieve kwaliteit van leven van dakloze mensen, en voorspellers van subjectieve levenskwaliteit (doel C)

Kwaliteit van leven neemt toe in 2,5 jaar tijd

Ten tijde van de vierde meting beoordelen de deelnemers hun kwaliteit van leven in het algemeen en op de verschillende leefgebieden als ‘redelijk’ tot ‘goed’. Hiermee is er een aanzienlijke toename in 2,5 jaar in de algemene kwaliteit van leven en in de ervaren kwaliteit van huisvesting, financiën, dagbesteding, psychische gezondheid, weerbaarheid, veiligheid, de relatie met familie, en de relatie kinderen. Deze vooruitgang in ervaren kwaliteit geldt voor de deelnemers in alle profielen en is het meest uitgesproken voor de groep ‘kwetsbaren’. De voorzichtige verbeteringen in kwaliteit van leven in het eerste half jaar na instroom hebben zich in de afgelopen twee jaar verder doorgezet.
Deze verbeteringen in subjectieve kwaliteit van leven van dakloze mensen vloeien voor een deel zeker voort uit de positieve veranderingen in hun veranderde objectieve kwaliteit van leven, zoals een toename in stabiele huisvesting en een verbetering van hun lichamelijke en psychische gezondheid. Daarnaast is uit onderzoek bekend, dat mensen die met tegenslag te maken hebben, zoals de cohortdeelnemers voordat zij zich aanmeldden bij de maatschappelijke opvang, tijdelijk een lagere kwaliteit als gevolg van de stressvolle situatie kunnen ervaren, maar dat ook als de feitelijke situatie niet verandert, na verloop van tijd hun kwaliteit van leven zich herstelt. Volgens de ‘Set-point theorie´ (Diener, Lucas & Scollon, 2006) wordt dit verklaard doordat welbevinden of ervaren kwaliteit van leven fluctueert rond een vast punt wat vooral door erfelijkheid en persoonlijkheid wordt bepaald en relatief minder door (ingrijpende) levensgebeurtenissen. De ervaren kwaliteit van leven wordt in die zin niet volledig bepaald door de objectieve leefsituatie. Dat ontslaat ons echter niet van de plicht om de bestaansvoorwaarden onder deze groep kwetsbare mensen te verbeteren.

Grootste toename in zelfbepaling onder meest kwetsbare deelnemers

Zelfbepaling, of de mate waarin de deelnemers competentie, autonomie en verbondenheid ervaren, beoordelen zij ten tijde van de vierde meting als ‘redelijk’. De cohortdeelnemers zijn op de vierde meting significant positiever over hun mate van ervaren competentie, autonomie en mate van verbondenheid met anderen dan op de eerste meting. Vooral de meest kwetsbare deelnemers, zoals de ‘mannen met multiproblematiek’ en de ‘kwetsbaren’ boeken hierop vooruitgang. Het kan zijn dat de deelnemers uit deze beide profielen door hun meest kwetsbare uitgangspositie bij aanmelding bij de maatschappelijke opvang, het meest open stonden voor de geboden hulp en voor hen ook de grootste sprong in zelfbepaling mogelijk was.
Niet alle profielen boeken op elk onderdeel van zelfbepaling vooruitgang. Zo geven ‘oudere daklozen’ ten tijde van de vierde meting voor geen enkele basisbehoefte een hogere waardering. Dit kan verklaard worden door een zogenaamd ‘plafondeffect’ daar zij al relatief hoog scoorden op zelfbepaling op het moment van instroom. De bevindingen van zelfbepaling tonen dat dakloze mensen naast hun problemen ook beschikken over eigen bronnen. Een krachtgerichte benadering (Rapp & Goscha, 2006; Van Regenmortel, 2009; Wolf, 2012) neemt deze eigen bronnen en krachten als aanknopingspunt voor begeleiding. Critical Time Intervention, waarin de krachtgerichte basismethodiek verwerkt is, is in Nederland bewezen effectief in het verminderen van psychische klachten (dit geldt vooral voor cliënten die weinig sociale steun van vrienden/kennissen ervaren), het verhogen van steun van familie, het verbeteren van de werkrelatie met de begeleider en het bereiken van een positiever resultaat van de hulp (De Vet et al., in preparation).

Voorspellers van algemene levenskwaliteit na 2,5 jaar

Deelnemers met bij instroom minder somatische klachten, meer verbondenheid met anderen, en toen al een hogere algemene levenskwaliteit (verklaarde variantie 19%) ervaren een hogere algemene levenskwaliteit na 2,5 jaar. Het grootste deel van de levenskwaliteit 2,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang wordt beïnvloed door nog onbekende factoren.
Ook bij het voorspellen van stabiele huisvesting 2,5 jaar na instroom zagen we de rol die somatische klachten bij instroom, waarvan vermoed wordt dat deze veroorzaakt worden door een verhoogd (psychisch) spanningsniveau, hierbij spelen. Het onderkennen en behandelen van de onderliggende psychische klachten is bij somatische klachten heel belangrijk, omdat uit onderzoek blijkt dat deze klachten, naast de kwaliteit van leven, op lange termijn ook participatie en het kunnen uitvoeren van de dagelijkse activiteiten negatief beïnvloeden (Van der Leeuw et al., 2015).
Ook een grotere mate van verbondenheid met anderen op het moment van instroom bleek nog steeds een positieve invloed uit te oefenen op de ervaren levenskwaliteit van 2,5 jaar later. Dakloze mensen ervaren vaak sociale uitsluiting terwijl het gevoel van verbondenheid en het onderdeel uitmaken van een groep mensen, zij het familie, collega's, de buurt of de maatschappij, cruciaal is voor de kwaliteit van leven. Verbondenheid met anderen helpt daarnaast bij herstel door de praktische en emotionele steun van een steunend netwerk (Barendregt et al., 2015).

Aanbevelingen

- Screen bij instroom in de opvang op somatische klachten, waarvan vermoed wordt dat deze veroorzaakt worden door een verhoogd (psychisch) spanningsniveau, want die zijn een voorspeller van de kwaliteit van leven 2,5 jaar na instroom.
- Leg als gemeente bij de maatschappelijke zorg de focus op een verbeterde dagelijkse levenskwaliteit, participatie en versterking van de eigen weerbaarheid in brede zin en niet uitsluitend op een grotere redzaamheid in de dagelijkse handelingen.
- Stel als gemeente een heldere procedure op voor een goede onderlinge afstemming van de hulp van verschillende betrokken hulpverleners bij dakloze mensen, bijvoorbeeld bij de organisatie van sociale wijkteams.
- Probeer in de praktijk het voortijdig beëindigen van een traject te voorkomen door tijdens het traject veel te investeren in de werkrelatie en een respectvolle bejegening tussen hulpverlener en cliënt (Wolf, 2012).
- Vraag ook bij een voldoende subjectieve kwaliteit van leven ('het gaat wel redelijk met me') altijd door of is voorzien in feitelijke bestaansvoorwaarden en sociale contacten in het leven van de cliënt.
- Werk binnen de begeleiding van dakloze mensen aan een steunend sociaal netwerk en de vaardigheden om dat netwerk te kunnen onderhouden.

Conclusie

Tweeënhalf jaar na instroom in de maatschappelijke opvang is de situatie van de meeste cohortdeelnemers op verschillende vlakken verbeterd en zegt de meerderheid van hen tevreden te zijn met de veranderingen in de afgelopen 2,5 jaar. Verbeteringen in de kwaliteit van leven hebben zich op de meeste leefgebieden ook in het laatste jaar doorgezet. Onvoldoende vooruitgang is er echter in de financiële situatie van deelnemers: al neemt het aantal deelnemers met schulden iets af, het schuldbedrag van degenen met schulden is nog niet verminderd. Dakloosheid en armoede lijken hand in hand te gaan. Pas na het doorlopen van de 3-jaar periode van schuldsanering zal een gedeelte van hen schuldenvrij zijn, op dit moment weten we dus nog niet hoe de schulden er dan uit zullen zien. Echter: 80,0% van de daklozen met schuldenproblematiek zit niet in de schuldsanering. Cohortdeelnemers blijven consistent hun financiën als laagste waarderen en na 2,5 jaar beoordelen zij dit nog gemiddeld als 'matig'. Op dit gebied valt dus zeker nog winst te behalen. Hetzelfde geldt ook voor het vinden van werk, waarbij ruim een kwart van de deelnemers op de vierde meting nog een onvervulde hulpbehoefte heeft.

Langdurige, zelfstandige huisvesting is voor meer dan 40% van de cohortdeelnemers 2,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang nog niet bereikt. Een aanzienlijk deel verblijft in woonvoorzieningen in de maatschappelijke opvang of maakt gebruik van begeleid (zelfstandig) wonen. Bij sommige mensen met een ernstige en langdurige tekortschietende zelfredzaamheid vanwege psychiatrische stoornissen, verslaving en/of een verstandelijke beperking, wordt gedacht dat zij het meest gebaat zijn bij een verblijf in een institutie. Maar bij Housing First-praktijken blijken deze mensen ook zelfstandig te kunnen wonen. Bij begeleid wonen is het belangrijk dat professionals scherp zijn op wanneer een cliënt de stap naar zelfstandige huisvesting kan zetten en steeds ook actief in deze richting werken. De groep volwassen deelnemers die 2,5 jaar na toelating in de maatschappelijke opvang nog steeds feitelijk dakloos is, is weliswaar relatief klein (2,5% is dakloos en 6,8% is marginaal gehuisvest, in totaal dertig personen) maar vraagt blijvende aandacht. Het is cruciaal te voorkomen dat mensen chronisch dakloos raken, bijvoorbeeld door intensivering van de outreachende hulp vanuit de laagdrempelige opvang of door het eerst en direct aanbieden van woonruimte, zoals bij Housing First.

Naast een stabiele woonsituatie kan de juiste begeleiding en ondersteuning bijdragen aan een verder herstel. Opvallend is dat veel deelnemers begeleiding wensen, met name op afspraak, en dit ook voor langere termijn voor zichzelf nodig vinden. Ondanks de toegenomen ervaren sociale steun vinden deelnemers klaarblijkelijk toch dat deze professionele begeleiding nodig is. Van zorgmijding lijkt geen sprake, integendeel. Gezien hun functioneren en de maatschappelijke positie van deze mensen 2,5 na instroom in de opvang lijkt hun inschatting reëel. Dit betekent dat de gemeenten ook binnen het veranderde speelveld in het sociale domein in staat en bereid moeten zijn deze kwetsbare mensen te blijven voorzien van langdurige begeleiding met onder meer budgetbeheer, hulp bij het op orde houden van de administratie, van zinvolle dagactiviteiten, het ontwikkelen en behouden van sociale contacten etc. Binnen de begeleiding dient te worden gewerkt aan essentiële uitkomsten van herstel (bestaansvoorwaarden, sociale verbindingen, gezondheid en positieve identiteit en toegang tot netwerken, zorg en rechten) (Wolf, 2012). Een krachtgerichte aanpak is voor het herstel van mensen onontbeerlijk.

Op basis van het onderhavige onderzoek kan worden geconcludeerd dat de leefsituatie, en dan met name de levenskwaliteit, van de meeste deelnemers (aanzienlijk) is verbeterd na 2,5 jaar, maar dat er bij een substantiële groep deelnemers nog steeds verbeteringen in de feitelijke huisvestingssituatie nodig zijn. Hun kwetsbaarheid, die ook na 2,5 jaar nog zichtbaar is, vraagt om adequate signalering door gemeenten en waar nodig om passende ondersteuning.

Toekomst

Wij kunnen niet in de toekomst kijken en weten dus niet hoe het in de komende jaren met de dakloze mensen in de grote steden zal gaan. Monitoring van hun situatie door middel van onderzoek is nodig om te weten welke aanpak en zorg werkt, om op tijd te kunnen ingrijpen als het niet de goede kant op gaat en om (de negatieve gevolgen van) dakloosheid te voorkomen. Zoals we hebben gezien zijn we voor een deel op de goede weg, maar is er ook nog veel te doen. Kwaliteit van leven is verbeterd, maar de bestaansvoorwaarden en participatie (stabiele huisvesting, financiële situatie op orde, zinvolle activiteiten, steunende contacten) zijn nog lang niet voor iedereen gerealiseerd. Is het glas half vol of half leeg? We hopen dat de transities in de zorg deze mensen ten goede zal komen en niet in hun nadeel zal uitwerken. Want hoe dan ook: extra aandacht en begeleiding blijven nodig voor deze kwetsbare groep mensen.

Referenties

- Aubry, T., Klodawsky, F., & Coulombe, D. (2012). Comparing the housing trajectories of different classes within a diverse homeless population. *American Journal of Community Psychology, 49, 142–55.*

- Barendregt, C., Wewerinke, D., Rodenburg, G., Boersma, S. N., Wolf, J., & Van de Mheen, D. (2015). *Formele en informele ondersteuning: de ervaringen van (ex)dakloze cliënten 2,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang. Kwalitatief deelonderzoek binnen Coda-G4.* Rotterdam / Nijmegen: IVO; Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, Radboudumc.

- Beijersbergen, M., Christians, M., Asmoredjo, J., & Wolf, J. (2010). *De CQ-index voor de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en zwerfjongerenopvang: Ontwikkeling van een meetinstrument voor cliënt-ervaringen met de opvang.* Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.

- Bursac, Z., Gauss, C. H., Williams, D. K., & Hosmer, D. W. (2008). *Purposeful selection of variables in logistic regression. Source Code for Biology and Medicine, 3,* 17–24.

- Caton, C. L., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Felix, A., ... Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health, 95,* 1753–9.

- CBS Statline (2015). *Stijging aantal daklozen lijkt voorbij.* Geraadpleegd mei 2015.

- De Bruin, D., Meijerman, C., Verbraeck, H., Braam, R., Leenders, F., Van de Wijngaart, G. (2003). *Zwerven in de 21ste eeuw. Een exploratief onderzoek naar geestelijke gezondheidsproblematiek en overlast van dak- en thuislozen in Nederland.* Utrecht: Centrum voor Verslavingsonderzoek.

- De Vet, R., Beijersbergen, M., Jonker, I., Lako, D., Van Hemert, A., Herman, D., & Wolf, J. (in preparation). *The effectiveness of critical time intervention for homeless people leaving shelters in the Netherlands: a randomised controlled trial.*

- De Winter, M., & Noom, M. (2003). Someone who treats you as an ordinary human being... Homeless youth examine the quality of professional care. *British Journal of Social Work, 33,* 325–38.

- Deforge, B. R., Belcher, J. R., O'Rourke, M., & Lindsey M. A. (2008). Personal resources and homelessness in early life: Predictors of depression in consumers of homeless multiservice centers. *Journal of Loss and Trauma, 13,* 222–42.

- Diener, E., Lucas, R., & Scollon, C. N. (2006). Beyond the hedonic treadmill: Revising the adaptation theory of well-being. *American psychologist, 61,* 305–14.

- Eyrich, K. M., Pollio, D. E., & North, C. S. (2003). An exploration of alienation and replacement theories of social support in homelessness. *Soc Work Res, 27,* 222–31.

- Goldberg, D. & Bridges, K. (1988). Somatic presentations of psychiatric illness in primary care setting. *Journal of Psychosomatic Research, 32,* 137-144.

- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (2000). *Applied logistic regression.* New York: Wiley.

- Hwang, S. W., Kirst, M. J., Chiu, S., Tolomiczenko, G., Kiss, A., Cowan, L., & Levinson, W. (2009). Multidimensional social support and the health of homeless individuals. *J Urban Health, 86,* 791–803.

- LaGory, M., Fitzpatrick, K., & Ritchey, F. (2001). Life chances and choices: Assessing quality of life among the homeless. *Sociol Q, 42,* 633–51.
- Lam, J. A., & Rosenheck, R. A. (2000). Correlates of improvement in quality of life among homeless persons with serious mental illness. *Psychiatric Services, 51,* 116–18.
- Lee, B. A., & Greif, M. (2008). Homelessness and hunger. *J Health Soc Behav, 49,* 3–19.
- Letiecq, B. L., Anderson, E. A., & Koblinsky, S. A. (1998). Social support of homeless and housed mothers: A comparison of temporary and permanent housing arrangements. *Fam Relat, 47,* 415-21.
- Maas, M., Al Shamma, S., Altena, A., Jansen, N., & Wolf, J. (2012). *Discus Amsterdam: Housing first. Evaluatie van de werkzaamheid.* Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.
- Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. (2012). *Schuldhulpverlening. Een nieuwe wet.* Retrieved March 1, 2015, from http://www.gemeenteloket.minszw.nl/dossiers/werk-en-inkomen/schuldhulpverlening/de-nieuwe-wet.html.
- Movisie. (2013). *De nieuwe doelgroep Wmo, een ander (keukentafelgesprek).* Utrecht: Movisie.
- Nilsson, S.F., Hjorthøj, C.R., Erlangsen, A., & Nordentoft, M. (2013). Suicide and unintentional injury mortality amond homeless people: A Danish nationwide register-based cohort study. *European Journal of Public Health, 24,* 50-56.
- North, C. S., Eyrich-Garg, K. M., Pollio, D. E., & Thirthalli, J. (2010). A prospective study of substance use and housing stability in a homeless population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 45,* 1055–62.
- Orwin, R. G., Scott, C. K., & Arieira, C. (2005). Transitions through homelessness and factors that predict them. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28,* S23–S39.
- Palepu, A., Marshall, B. D. L., Lai, C., Wood, E., & Kerr, T. (2010). Addiction treatment and stable housing among a cohort of injection drug users. *PloS One, 5,* e11697.
- Pollio, D. E., North, C. S., Thompson, S., Paquin, J. W., & Spitznagel, E. L. (1997). Predictors of achieving stable housing in a mentally ill homeless population. *Psychiatric Services, 48,* 528-30. Retrieved from: http://journals.psychiatryonline.org/data/Journals/PSS/3466/528.pdf.
- Radey, M., & Wilkins, B. (2010). Short-Term Employment Services for Homeless Individuals: Perceptions from Stakeholders in a Community Partnership. *J Soc Serv Res, 37,* 19–33.
- Rapp, C., & Goscha, R. (2006). *The strengths model: Case management with people with psychiatric disabilities.* Oxford University Press.
- Reinking, D. P., Wolf, J. R. L. M., & Kroon, H. (2001). Hoge prevalentie van psychische stoornissen en verslavingsproblemen bij daklozen in de stad Utrecht. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 145,* 1161-1166.
- Rich, A. R., & Clark, C. (2005). Gender differences in response to homelessness services. *Evaluation and Program Planning, 128,* 69–81.

- Rijk en de vier grote steden. (2006). *Plan van aanpak Maatschappelijke Opvang*. Den Haag: SDU Uitgevers.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2008). Self-determination theory and the role of basic psychological needs in personality and the organization of behavior. In O. P. John, R. W. Robbins, & L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of Personality: Theory and Research,* 654–678. New York: The Guilford Press.
- Srebnik, D., Livingston, J., Gordon, L., & King, D. (1995). Housing choice and community success for individuals with serious and persistent mental illness. *Community Mental Health Journal, 31,* 139–152.
- Sullivan, G., Burnam, A., Koegel, P., & Hollenberg, J. (2000). Quality of life of homeless persons with mental illness: results from the course-of-homelessness study. *Psychiatr Serv, 51,* 1135–41.
- Toohey, S. M., Shinn, M., & Weitzman, B. C. (2004). Social networks and homelessness among women heads of household. *Am J Community Psychol, 33,* 7–20.
- Tsemberis, S., Mchugo, G., & Hanrahan, P. (2007). Measuring homelessness and residential stability: The residential time-line follow-back inventory. *Journal of Community Psychology, 35,* 29–42.
- Tuynman, M. & Planije, M. (2014). *“Het kan dus!” Een doorbraak in het Nederlandse dakloosheidsbeleid.* Evaluatie Plan van Aanpak in de vier grote steden, 2006-2014. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vansteenkiste, M., & Ryan, R. M. (2013). On psychological growth and vulnerability: Basic psychological need satisfaction and need frustration as a unifying principle. *Journal of Psychotherapy Integration, 23,* 263–80.
- Van der Laan, J., Van Straaten, B., Boersma, S. N., Schrijvers, C., Van de Mheen, D., & Wolf, J. (2013). *Daklozenprofielen in de vier grote steden en veranderingen in wonen, kwaliteit van leven en hulpbehoeften. Resultaten uit de tweede meting van Coda-G4.* Nijmegen / Rotterdam: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen; IVO.
- Van der Leeuw, G., Gerrits, M. J., Terluin, B., Numans, M. E., Van der Feltz-Cornelis, C. M., Van der Horst, H. E., … Van Marwijk, H. W. (2015). The association between somatization and disability in primary care patients. *Journal of Psychosomatic Research*. doi:10.1016/j. jpsychores.2015.03.001.
- Van Regenmortel, T. (2009). Empowerment als uitdagend kader voor sociale inclusie en moderne zorg. Journal of Social Intervention: *Theory and Practice, 18,* 22–42.
- Van Straaten, B., Van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S. N., Maas, M., Wolf, J., & Van de Mheen, D. (2012). *Profiel van daklozen in de vier grote steden. Resultaten uit de eerste meting van de Cohortstudie naar daklozen in de vier grote steden (Coda-G4).* Rotterdam / Nijmegen: IVO; Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.
- Van Straaten, B., Van der Laan, J., Rodenburg, G., Boersma, S. N., Wolf, J., & Van de Mheen, D. (2014). *Dakloze mensen in de vier grote steden: veranderingen in leefsituatie, zorggebruik en kwaliteit van leven. Resultaten uit de derde meting van Coda-G4: 1,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang.* Rotterdam / Nijmegen: IVO; Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, Radboudumc.

- Verweij, A., Sanderse, C., & Van der Lucht, F. (2011). *Scholing en opleiding: Wat is de huidige situatie?* In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM.
- Wolf, J., Burnam, A., Koegel, P., Sullivan, G., & Morton, S. (2001). Changes in subjective quality of life among homeless adults who obtain housing: A prospective examination. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 36,* 391–8.
- Wolf, J., Jonker, I., Meertens, V., & Te Pas, S. (2006a). *Maat en baat van de vrouwenopvang. Onderzoek naar vraag en aanbod [Refuge facilities for women: Availability and effectiveness: A study of supply and demand].* Amsterdam: SWP.
- Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S., Van Bakel, H., Reinking, D., & Van Leiden, I. (2002). *Op achterstand. Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag.* Utrecht: Trimbos-instituut.
- Wolf, J. (2006b). *Handreiking OGGZ in de Wmo.* Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.
- Wolf, J. (2010). *Critical Time Intervention bij kwetsbare mensen.* Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.
- Wolf, J. (2012). *Herstelwerk: een krachtgerichte basismethodiek voor kwetsbare mensen.* Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.
- Zlotnick, C., Robertson M. J., & Tam, T. (2002). Substance use and labor force participation among homeless adults. *Am J Drug Alcohol Abuse, 28,* 37–53.
- ZonMw. (2014). *Kennisinfrastructuur in transitie: Bijdrage van kennis aan de decentralisaties.* Den Haag: ZonMw.

Hoofdstuk 3. Hulpbehoeften en zorggebruik

Toelichting zorggebruik

De deelnemers hebben zowel tijdens het eerste als het vierde interview aangegeven of zij in het afgelopen half jaar gebruik hebben gemaakt van verschillende vormen van zorg. Veranderingen tussen de metingen zijn getoetst met een McNemar test. Deze test is geschikt om verschillen tussen gepaarde dichotome variabelen te toetsen.

Tabel B3.1

Zorggebruik in het half jaar voorafgaand aan de eerste en de vierde meting (%) (n = 378)

		Eerste meting	Vierde meting	Verschil tussen eerste en vierde meting
Psychiatrisch	Ambulante psychiatrische zorg	22,0	17,5	p = .111, n.s.
	Opname in psych. ziekenhuis/kliniek	3,4	2,4	p = .481, n.s.
Verslaving	Ambulante verslavingszorg	5,3	6,1	p = .743, n.s.
	Opname in verslavingszorg	2,9	1,3	p = .210, n.s.
	Methadonverstrekking	1,9	1,6	p = 1.000, n.s.
Medisch	Sociaal medische spreekuur	14,8	8,7	$p < .05$
	Huisarts	52,9	50,8	p = .578, n.s.
	Algemeen ziekenhuis	34,7	29,4	p = .113, n.s.
	Tandarts	30,7	28,6	p = .551, n.s.
Overig	Algemeen maatschappelijk werk	55,8	37,0	$p < .001$
	Zelfhulpgroep	4,0	2,9	p = .503, n.s.
	Kredietbank	7,4	8,2	p = .771, n.s.
	Begel. wonen/ Amb. woonbegel.	21,2	30,7	$p < .01$
	Beschermd / beschut wonen	2,1	5,8	$p < .01$
	Kinderbescherming	3,7	2,9	p = .664, n.s.
	Rechtshulp	24,1	15,9	$p < .01$
	Vrouwenhulpverlening	2,9	1,1	p = .092, n.s.
	Andere zorg	9,8	14,3	p = .078, n.s.

Hoofdstuk 4. Woonsituatie

Deelnemers zijn gevraagd naar het aantal overnachtingen in hun huidige woonsituatie in het jaar voorafgaand aan het interview. Wat betreft de subjectieve beleving van de huidige woonsituatie gaven deelnemers aan wat zij vinden van het vooruitzicht om voor langere tijd te blijven op de plek waar hij/zij nu woont (1 = vreselijk, 2 = slecht, 3 = matig, 4 = niet slecht / niet goed, 5 = redelijk, 6 = goed, 7 = prima). De deelnemers met scores 5 t/m 7 zijn gecategoriseerd als 'tevreden over de woonsituatie'.
Door middel van Chi-square testen is getoetst of er significante verschillen bestaan tussen de profielen in het percentage deelnemers dat negentig dagen of meer gehuisvest is en het percentage deelnemers dat tevreden is met hun woonsituatie. Door middel van een Anova (met post-hoc test) is getoetst of er significante verschillen tussen de profielen bestaan in het aantal dagen dat deelnemers gehuisvest zijn.

Tabel B4.1

Aantal dagen gehuisvest in de periode van een jaar tussen de derde en vierde meting en subjectieve beleving van woonsituatie van de totale groep en per profiel ten tijde van de vierde meting

	Totaal (n_{range} = 315 – 324)	1. Oudere daklozen (n_{range} = 105 – 108)	2. Mannen met multi-problematiek (n = 70)	3. Kwetsbaren (n_{range} = 61 – 64)	4. Jonge vrouwen (n_{range} = 37 – 40)	5. Jonge mannelijke cannabis-gebruikers (n = 42)	Verschil tussen profielen
Negentig dagen of meer gehuisvest van totaal aantal deelnemers (%)	53,7	56,5	47,1	51,6	67,5	47,6	X^2 (4) = 5,4, p = .253, n.s.
Indien gehuisvest (n = 185): gemiddeld aantal dagen gehuisvest*	304,4	329,3	305,2	303,3	308,8	234,2	F (4, 180) = 4,0, $p < .01$ Post-hoc: 1 > 5, $p < .01$, CI [27,07-163,12]
Subjectieve beleving huidige woonsituatie (vooruitzicht om hier langere tijd te wonen) (redelijk – prima) (%)	65,7	71,4	70,0	55,7	67,6	57,1	X^2 (4) = 6,2, p = .184, n.s.

Noot. Weet niet / geen antwoord: *n* = 9 (voor subjectieve beleving woonsituatie).

Toelichting tevredenheid met de huidige woonsituatie

De deelnemers hebben zowel tijdens het eerste als het vierde interview aangegeven of zij tevreden zijn met hun huidige woonsituatie (in de zin dat zij het vooruitzicht om hier voor langere tijd te wonen redelijk – prima vinden). Veranderingen tussen de metingen zijn getoetst met een McNemar test. Deze test is geschikt om verschillen tussen gepaarde dichotome variabelen te toetsen.

Tabel 4.2

Tevredenheid met de huidige woonsituatie (vooruitzicht om hier langere tijd te wonen: % redelijk – prima) ten tijde van de eerste en de vierde meting van de totale groep en per profiel (n = 315)

	Eerste meting	Vierde meting	Verschil tussen eerste en vierde meting
Totaal *(n = 315)*	42,2	65,7	$p < .001$
Oudere daklozen *(n = 105)*	43,8	71,4	$p < .001$
Mannen met multiproblematiek *(n = 70)*	37,1	70,0	$p < .001$
Kwetsbaren *(n = 61)*	34,4	55,7	$p < .05$
Jonge vrouwen *(n = 37)*	51,4	67,6	$p = .210$, n.s.
Jonge mannelijke cannabisgebruikers *(n = 42)*	50,0	57,1	$p = .664$, n.s.

Noot. Weet niet / geen antwoord: *n* = 9.

Deelnemers zijn gevraagd naar hun woonwensen ten tijde van de vierde meting. Door middel van Chi-square testen (met post-hoc testen) is getoetst of er significante verschillen bestaan tussen de profielen in hun woonwensen. Dit is gedaan voor ‘begeleiding gewenst’. Voor de andere woonwensen-variabelen had tenminste één van de cellen heeft een verwachte frequentie van lager dan vijf, waardoor de interpretatie van de resultaten van de Chi-square testen discutabel is. Bij deze variabelen zijn verschillen tussen de profielen niet statistisch getoetst.

Tabel B4.3

Woonwensen van de totale groep en per profiel ten tijde van de vierde meting

			Totaal (n_{range} = 98 – 316)	**1.Oudere daklozen** (n_{range} = 32 – 107)	**2. Mannen met multipro-blematiek** (n_{range} = 24 – 66)	**3. Kwets-baren** (n_{range} = 28 – 63)	**4. Jonge vrouwen** (n_{range} = 5 – 39)	**5. Jonge mannelijke cannabis-gebruikers** (n_{range} = 9 – 41)	**Verschillen tussen profielen**
Soort woning	Zelfstandige woning / appartement of kamer (%)[1]	Ja	97,7	97,1	100,0	95,2	100,0	97,4	De frequenties per cel zijn te klein om dit statistisch te toetsen[4]
		Nee	2,3	2,9	-	4,8	-	2,6	
Begeleiding gewenst (%)		Ja	53,2	50,5	60,6	71,4	28,2	43,9	X^2 (4) = 21,4, p < .001
		Nee	46,8	49,5	39,4	28,6	71,8	56,1	Post-hoc: 3 > 1, X^2 (1) = 7,0, p < .01; 4 < 1, X^2 (1) = 5,5, p < .05; 4 < 2, X^2 (1) = 9,8, p < .01; 4 < 3, X^2 (1) = 16,8, p <. 001; 5 < 3, X^2 (1) = 7,7, p < .01
Begeleiding op afspraak gewenst, van aantal deelnemers dat begeleiding wenst		Ja	60,7	59,3	62,5	66,7	45,5	55,6	De frequenties per cel zijn te klein om dit statistisch te toetsen[4]
		Nee	39,3	40,7	37,5	33,3	54,5	44,4	
	Duur begelei-ding langer dan 1 jaar gewenst (%)[2]		34,5	33,3	30,0	33,3	36,4	50,0	De frequenties per cel zijn te klein om dit statistisch te toetsen[4]
	Frequentie begeleiding 1x per week of vaker gewenst (%)[3]		57,1	50,0	58,3	64,3	20,0	77,8	De frequenties per cel zijn te klein om dit statistisch te toetsen[4]

1 Acht deelnemers gaven 'anders' als antwoord, zoals *"maakt niet uit zolang ik maar mijn eigen ding kan doen"*, weet niet: n = 2, geen antwoord: n = 4 (in totaal 14 'missings', totale n = 310).
Begeleiding gewenst: totale n = 316, weet niet: n = 4, geen antwoord: n = 4.

2 Deze vraag is beantwoord door degenen die aangaven begeleiding te wensen (n = 168). 67 deelnemers (39,9%, van de 168 deelnemers) gaven de categorie: 'weet niet, moeilijk te bepalen' aan als antwoord.

3 Alleen beantwoord door degenen die aangaven begeleiding op afspraak te wensen (n = 98).

4 Tenminste één van de cellen heeft een verwachte frequentie van < 5 waardoor de interpretatie van de resultaten van de Chi-square toets discutabel is.

Toelichting voorspellers van stabiele huisvesting op de vierde meting
Met de univariate analyses (Chi-square toetsen voor dichotome voorspellers en t-toetsen voor continue voorspellers) hebben we getoetst in welke mate de kenmerken bij instroom voorspellend zijn voor stabiele huisvesting ten tijde van de vierde meting. In lijn met de overige analyses in dit hoofdstuk zijn in deze analyses alleen de deelnemers geselecteerd die aan de eerste, tweede en vierde meting hebben deelgenomen.

Voor het construeren van het uiteindelijke predictiemodel hebben we multivariate logistische regressie-analyse toegepast volgens de backward selectieprocedure. Alleen kenmerken die univariaat een *p*-waarde hebben lager dan .25 (Bursac et al., 2008) zijn meegenomen in deze regressie analyse. De *p*-waarden van deze kenmerken zijn in de tabellen dikgedrukt. In tegenstelling tot de univariate analyses, houdt de multiple logistische regressieanalyse bij het toetsen van de voorspellende waarde van een bepaald kenmerk rekening met de invloed van de andere kenmerken. De grenswaarde voor *p* voor het verwijderen van kenmerken hebben we ingesteld op $\geq .05$.

Tabel B4.4

Associaties van kenmerken van deelnemers bij instroom[1] die stabiel zelfstandig gehuisvest zijn of in een institutie verblijven 2,5 jaar later (% of gemiddelde (M) en p-waarde)

Kenmerk bij instroom	*n*	Stabiel: gehuisvest of institutie		*p*-waarde
		Ja (%) of *M*	Nee (%) of *M*	
Leeftijd	324	*M* = 38,4	*M* = 34,6	**.052**
Geslacht	324			
Man		73,4	79,2	.375
Vrouw		26,6	20,8	
Etniciteit	318			
Allochtoon		62,5	70,6	.273
Autochtoon		37,5	29,4	
Opleidingsniveau	321			
Laagst		28,4	35,8	.275
Laag of hoger		71,6	64,2	
Vermoedelijke licht verstandelijke beperking	316			
Ja		31,9	24,5	.286
Nee		68,1	75,5	
Kinderen verblijven bij de deelnemer in de opvang	323			
Ja		8,9	1,9	**.081**
Nee		91,1	98,1	
Mate van hostiliteit	321			
Hoog		27,2	20,8	.326
Niet hoog		72,8	79,2	
Mate van somatische klachten	320			
Hoog		31,3	50,0	**.010**
Niet hoog		68,7	50,0	
Mate van angstklachten	321			
Hoog		34,3	39,6	.461
Niet hoog		65,7	60,4	
Mate van depressieve klachten	319			
Hoog		40,2	39,6	.935
Niet hoog		59,8	60,4	
Aantal lichamelijke klachten	323	*M* = 2,9	*M* = 2,9	.938
Cannabisgebruik (aantal dagen gebruikt in afgelopen dertig dagen)	322	*M* = 7,4	*M* = 10,8	**.059**
Alcoholgebruik (aantal dagen meer dan vijf glazen gebruikt in de afgelopen dertig dagen)	322	*M* = 3,0	*M* = 4,2	.294
Mate van steun van familie	314	*M* = 2,9	*M* = 2,7	.570
Mate van steun van vrienden	324	*M* = 3,1	*M* = 3,1	.630
Aantal onvervulde hulpbehoeften op financiën, huisvesting, dagbesteding en werk	322	*M* = 1,2	*M* = 1,7	**.006**
Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar	318			
Ja		27,0	51,0	**.001**
Nee		73,0	49,0	

Vervolg tabel B4.4

Kenmerk bij instroom	***n***	**Stabiel: gehuisvest of institutie**		***p*-waarde**
		Ja (%) of *M*	Nee (%) of *M*	
Totaal aantal maanden dakloos geweest	324	*M* = 28,7	*M* = 35,7	.296
Aantal uitgavenposten, te weten voeding, kleding, wonen, reizen in de stad, en sociale activiteiten, waarvoor deelnemer genoeg geld had om aan uit te geven in de afgelopen maand	323	*M* = 2,2	*M* = 2,0	.424
Schuldbedrag	276			
duizend euro of meer		73,5	26,5	.506
minder dan duizend euro		78,0	22,0	
Werk momenteel of in afgelopen jaar	324			
Ja		60,5	52,8	.298
Nee		39,5	47,2	
Mate van autonomie	322	*M* = 4,8	*M* = 4,7	.329
Mate van competentie	321	*M* = 4,7	*M* = 4,6	.304
Mate van verbondenheid	322	*M* = 5,0	*M* = 4,8	**.158**

[1] Een (vermoedelijke) licht verstandelijke beperking en woonsituatie zijn ten tijde van de tweede meting gemeten.

Noot. *p*-waarden (< .25) zijn dikgedrukt. Deze variabelen worden meegenomen in de multivariate analyse.

Tabel B4.5

Kenmerken van deelnemers bij instroom die voorspellend zijn voor stabiel zelfstandig gehuisvest zijn of in een institutie verblijven ten tijde van de vierde meting (n = 310): gestandaardiseerde regressie coëfficiënten (B's) met p-waarden

Kenmerk bij instroom	***B***	***p*-waarde**
Aantal onvervulde hulpbehoeften op financiën, huisvesting, dagbesteding en werk	-.36	.010
Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar	-1.05	.001
Somatische klachten (hoog)	-.67	.039

Good model fit (Hosmer and Lemeshow test is niet significant)

Nagelkerke R^2 = 0.123

Tabel B4.6

Associaties van kenmerken van deelnemers bij instroom[1] die tevreden stabiel zelfstandig gehuisvest zijn of tevreden in een institutie verblijven 2,5 jaar later (% of gemiddelde (M) en p-waarde)

Kenmerk bij instroom	*n*	Tevreden stabiel: gehuisvest of institutie		*p*-waarde
		Ja (%) of *M*	Nee (%) of *M*	
Leeftijd	319	*M* = 38,8	*M* = 36,4	**.100**
Geslacht	319			
Man		75,1	73,9	.799
Vrouw		24,9	26,1	
Etniciteit	314			
Allochtoon		60,4	67,4	**.205**
Autochtoon		39,6	32,6	
Opleidingsniveau	316			
Laagst		27,3	32,2	.335
Laag of hoger		72,7	67,7	
Vermoedelijke licht verstandelijke beperking	312			
Ja		31,8	28,6	.535
Nee		68,2	71,4	
Kinderen verblijven bij de deelnemer in de opvang	318			
Ja		8,7	6,7	.517
Nee		91,3	93,3	
Mate van hostiliteit	316			
Hoog		26,4	26,9	.922
Niet hoog		73,6	73,1	
Mate van somatische klachten	315			
Hoog		26,9	45,1	**.001**
Niet hoog		73,1	54,9	
Mate van angstklachten	316			.621
Hoog		34,6	37,3	
Niet hoog		65,4	62,7	
Mate van depressieve klachten	314			
Hoog		39,2	42,1	.608
Niet hoog		60,8	57,9	
Aantal lichamelijke klachten	318	*M* = 2,73	*M* = 3,19	**.093**
Cannabisgebruik (aantal dagen gebruikt in afgelopen dertig dagen)	317	*M* = 7,95	*M* = 7,95	.994
Alcoholgebruik (aantal dagen meer dan vijf glazen gebruikt in de afgelopen dertig dagen)	317	*M* = 2,6	*M* = 4,0	**.120**
Mate van steun van familie	309	2,9	2,8	.893
Mate van steun van vrienden	319	3,2	3,0	.254
Aantal onvervulde hulpbehoeften op financiën, huisvesting, dagbesteding en werk	317	1,2	1,4	**.170**

Vervolg tabel B4.6

Kenmerk bij instroom	*n*	Tevreden stabiel: gehuisvest of institutie		*p*-waarde
		Ja (%) of *M*	Nee (%) of *M*	
Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar	313			
Ja		26,0	37,1	**.035**
Nee		74,0	62,9	
Aantal maanden dakloos geweest	319	30,8	28,9	.711
Aantal uitgavenposten, te weten voeding, kleding, wonen, reizen in de stad, en sociale activiteiten, waarvoor deelnemer genoeg geld had om aan uit te geven in de afgelopen maand	318	*M* = 2,2	*M* = 2,1	.733
Schuldbedrag	271			
duizend euro of meer		69,7	81,5	**.026**
minder dan duizend euro		30,3	18,5	
Werk momenteel of in afgelopen jaar	319			
Ja		60,0	57,5	.649
Nee		40,0	42,5	
Mate van autonomie	317	*M* = 4,9	*M* = 4,6	**.018**
Mate van competentie	316	*M* = 4,8	*M* = 4,6	**.076**
Mate van verbondenheid	317	*M* = 5,0	*M* = 4,9	**.070**

[1] Een (vermoedelijke) licht verstandelijke beperking en woonsituatie zijn ten tijde van de tweede meting gemeten.

Noot. *p*-waarden (< .25) zijn dikgedrukt. Deze variabelen worden meegenomen in de multivariate analyse.

Tabel B4.7

Kenmerken van deelnemers bij instroom die voorspellend zijn voor tevreden stabiel zelfstandig gehuisvest zijn of tevreden in een institutie verblijven ten tijde van de vierde meting (n = 258): gestandaardiseerde regressie coëfficiënten (B's) met p-waarden

Kenmerk bij instroom	*B*	*p*-waarde
Leeftijd	.03	.014
Somatische klachten (hoog)	-.91	.001
Schuldbedrag (duizend euro of meer)	-.70	.029

Good model fit (Hosmer and Lemeshow test is niet significant)
Nagelkerke R^2 = 0.096

Tabel B4.8

Associaties van kenmerken van deelnemers bij instroom[1] die stabiel zelfstandig gehuisvest zijn of begeleid wonen 2,5 jaar later (% of gemiddelde (M) en p-waarde)

Kenmerk bij instroom	***n***	**Stabiel: gehuisvest of begeleid wonen**		***p*-waarde**
		Ja (%) of *M*	Nee (%) of *M*	
Leeftijd	324	*M* = 38,1	*M* = 37,0	.497
Geslacht	324			
Man		71,2	81,4	**.051**
Vrouw		28,8	18,6	
Etniciteit	318			
Allochtoon		65,3	60,6	.420
Autochtoon		34,7	39,4	
Opleidingsniveau	321			
Laagst		26,0	37,3	**.040**
Laag of hoger		74,0	62,7	
Vermoedelijke licht verstandelijke beperking	316			
Ja		32,1	27,7	.432
Nee		67,9	72,3	
Kinderen verblijven bij de deelnemer in de opvang	323			
Ja		10,4	2,0	**.009**
Nee		89,6	98,0	
Mate van hostiliteit	321			
Hoog		23,3	32,4	**.085**
Niet hoog		76,7	67,6	
Mate van somatische klachten	320			
Hoog		28,2	48,0	**.001**
Niet hoog		71,8	52,0	
Mate van angstklachten	321	31,8	42,6	**.061**
Hoog		68,2	57,4	
Niet hoog				
Mate van depressieve klachten	319			
Hoog		37,6	45,5	**.179**
Niet hoog		62,4	54,5	
Aantal lichamelijke klachten	323	2,9	3,0	.611
Cannabisgebruik (aantal dagen gebruikt in afgelopen dertig dagen)	323	7,4	9,3	**.168**
Alcoholgebruik (aantal dagen meer dan vijf glazen gebruikt in de afgelopen dertig dagen)	322	2,4	5,0	**.013**
Mate van steun van familie	314	*M* = 2,9	*M* = 2,8	.577
Mate van steun van vrienden	324	*M* = 3,2	*M* = 3,0	**.120**
Aantal onvervulde hulpbehoeften op financiën, huisvesting, dagbesteding en werk	322	*M* = 1,2	*M* = 1,5	**.052**

Vervolg tabel B4.8

Kenmerk bij instroom	*n*	Stabiel: gehuisvest of begeleid wonen		*p*-waarde
		Ja (%) of *M*	Nee (%) of *M*	
Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar	318			
Ja		22,9	48,0	**< .001**
Nee		77,1	52,0	
Totaal aantal maanden dakloos geweest	324	*M* = 25,2	*M* = 40,0	**.016**
Aantal uitgavenposten, te weten voeding, kleding, wonen, reizen in de stad, en sociale activiteiten, waarvoor deelnemer genoeg geld had om aan uit te geven in de afgelopen maand	323	*M* = 2,2	*M* = 2,0	.416
Schuldbedrag	276			
duizend euro of meer		71,4	80,5	**.111**
minder dan duizend euro		28,6	19,5	
Werk momenteel of in afgelopen jaar	324			
Ja		61,7	53,9	**.185**
Nee		38,3	46,1	
Mate van autonomie	322	*M* = 4,8	*M* = 4,7	**.145**
Mate van competentie	321	*M* = 4,8	*M* = 4,6	**.063**
Mate van verbondenheid	322	*M* = 5,0	*M* = 4,8	**.048**

[1] Een (vermoedelijke) licht verstandelijke beperking en woonsituatie zijn ten tijde van de tweede meting gemeten.

Noot. *p*-waarden (< .25) zijn dikgedrukt. Deze variabelen worden meegenomen in de multivariate analyse.

Tabel B4.9

Kenmerken van deelnemers bij instroom die voorspellend zijn voor stabiel zelfstandig gehuisvest zijn of begeleid wonen ten tijde van de vierde meting (n = 261): gestandaardiseerde regressie coëfficiënten (B's) met p-waarden

Kenmerk bij instroom	*B*	*p*-waarde
Somatische klachten (hoog)	-.66	.022
Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar	-1.03	< .001
Aantal onvervulde hulpbehoeften op financiën, huisvesting, dagbesteding en werk	-.26	.038

Good model fit (Hosmer and Lemeshow test is niet significant)

Nagelkerke R^2 = 0.131

Tabel B4.10

Associaties van kenmerken van deelnemers bij instroom[1] die tevreden stabiel zelfstandig gehuisvest zijn of tevreden begeleid wonen 2,5 jaar later (% of gemiddelde (M) en p-waarde)

Kenmerk bij instroom	***n***	**Tevreden stabiel: gehuisvest of begeleid wonen**		***p*-waarde**
		Ja (%) of *M*	Nee (%) of *M*	
Leeftijd	319	*M* = 38,7	*M* = 37,0	.250
Geslacht	319			
Man		73,0	76,3	.502
Vrouw		27,0	23,7	
Etniciteit	314			
Allochtoon		62,1	64,7	.633
Autochtoon		37,9	35,3	
Opleidingsniveau	316			
Laagst		25,5	33,5	**.115**
Laag of hoger		74,5	66,5	
Vermoedelijke licht verstandelijke beperking	319			
Ja		31,8	29,0	.589
Nee		68,2	71,0	
Kinderen verblijven bij de deelnemer in de opvang	318			
Ja		9,8	5,8	**.184**
Nee		90,2	94,2	
Mate van hostiliteit	316			
Hoog		23,8	29,5	**.248**
Niet hoog		76,3	70,5	
Mate van somatische klachten	315			
Hoog		26,1	43,5	**.001**
Niet hoog		73,9	56,5	
Mate van angstklachten	316			
Hoog		32,9	38,7	.283
Niet hoog		67,1	61,3	
Mate van depressieve klachten	314			
Hoog		36,9	44,2	**.189**
Niet hoog		63,1	55,8	
Aantal lichamelijke klachten	318	2,8	3,1	**.188**
Cannabisgebruik (aantal dagen gebruikt in afgelopen dertig dagen)	317	*M* = 7,62	*M* = 8,29	.613
Alcoholgebruik (aantal dagen meer dan vijf glazen gebruikt in de afgelopen dertig dagen)	317	*M* = 2,3	*M* = 4,2	**.028**
Mate van steun van familie	309	*M* = 2,9	*M* = 3,0	.782
Mate van steun van vrienden	319	*M* = 3,2	*M* = 3,0	**.240**
Aantal onvervulde hulpbehoeften op financiën, huisvesting, dagbesteding en werk	317	*M* = 1,4	*M* = 1,2	.315

Vervolg tabel B4.10

Kenmerk bij instroom	***n***	**Tevreden stabiel: gehuisvest of begeleid wonen**		***p*-waarde**
		Ja (%) of *M*	Nee (%) of *M*	
Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar	313			
Ja		21,4	40,3	**< .001**
Nee		78,6	59,7	
Totaal aantal maanden dakloos geweest	319	*M* = 26,6	*M* = 32,9	**.209**
Aantal uitgavenposten, te weten voeding, kleding, wonen, reizen in de stad, en sociale activiteiten, waarvoor deelnemer genoeg geld had om aan uit te geven in de afgelopen maand	318	*M* = 2,2	*M* = 2,1	.626
Schuldbedrag	271			
duizend euro of meer		69,3	81,8	**.011**
minder dan duizend euro		31,7	18,2	
Werk momenteel of in afgelopen jaar	319			
Ja		62,0	55,8	.261
Nee		38,0	44,2	
Mate van autonomie	317	*M* = 4,8	*M* = 4,7	**.073**
Mate van competentie	316	*M* = 4,8	*M* = 4,7	**.120**
Mate van verbondenheid	317	*M* = 5,0	*M* = 4,9	**.114**

[1] Een (vermoedelijke) licht verstandelijke beperking en woonsituatie zijn ten tijde van de tweede meting gemeten.

Noot. p-waarden (< .25) zijn dikgedrukt. Deze variabelen worden meegenomen in de multivariate analyse.

Tabel B4.11

Kenmerken van deelnemers bij instroom die voorspellend zijn voor tevreden stabiel zelfstandig gehuisvest zijn of tevreden begeleid wonen ten tijde van de vierde meting (n = 256): gestandaardiseerde regressie coëfficiënten (B's) met p-waarden

Kenmerk bij instroom	***B***	***p*-waarde**
Somatische klachten (hoog)	-.72	.009
Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar	-.85	.003
Schuldbedrag (duizend euro of meer)	-.80	.012

Good model fit (Hosmer and Lemeshow test is niet significant)

Nagelkerke R^2 = 0.118

Hoofdstuk 5. Kwaliteit van leven en zelfbepaling

5.1 Toelichting kwaliteit van leven ten tijde van de vierde meting voor totale groep en per profiel

De deelnemers hebben ten tijde van de vierde meting aangegeven hoe zij hun kwaliteit van leven, in het algemeen en op de verschillende leefgebieden, ervaren. Zij beoordeelden de kwaliteit als 1 = vreselijk, 2 = slecht, 3 = matig, 4 = niet slecht / niet goed, 5 = redelijk, 6 = goed, 7 = prima. Alleen de deelnemers die hun kwaliteit van leven ook op de eerste meting hadden beoordeeld zijn geselecteerd.

Tabel B5.1

Kwaliteit van leven in het algemeen en op leefgebieden ten tijde van de vierde meting, voor totale groep en per profiel: gemiddelde (M) en standaarddeviatie

Leefgebied	Totale groep (n_{range} = 305 – 324)	Oudere daklozen (n_{range} = 100 – 108)	Mannen met multi-problematiek (n_{range} = 65 – 70)	Kwetsbaren (n_{range} = 59 – 64)	Jonge vrouwen (n = 40)	Jonge mannelijke cannabis-gebruikers (n_{range} = 37 – 42)
	M (SD)	*M* (SD)	*M* (SD)	*M* (SD)	*M* (SD)	*M* (SD)
Algemene kwaliteit van leven	5,2 (1,2)	5,5 (1,0)	4,8 (1,4)	4,8 (1,3)	5,4 (0,9)	5,5 (0,8)
Huisvesting	5,2 (1,4)	5,3 (1,4)	5,2 (1,4)	4,8 (1,8)	5,5 (1,1)	5,2 (1,3)
Financiën	3,3 (1,6)	3,4 (1,7)	3,2 (1,5)	2,8 (1,4)	3,9 (1,5)	3,4 (1,6)
Dagbesteding	5,1 (1,3)	5,3 (1,2)	5,0 (1,4)	4,7 (1,4)	5,2 (1,2)	5,4 (1,0)
Werk[1]	5,5 (1,2)	5,7 (1,1)	5,8 (0,8)	4,6 (1,5)	6,1 (0,6)	5,3 (1,1)
Lichamelijke gezondheid	5,0 (1,5)	5,2 (1,4)	5,1 (1,5)	4,3 (1,7)	5,1 (1,6)	5,6 (1,2)
Psychische gezondheid	5,2 (1,5)	5,5 (1,3)	4,9 (1,6)	4,4 (1,7)	5,5 (1,1)	5,7 (1,1)
Weerbaarheid	5,7 (1,2)	6,0 (0,9)	5,4 (1,5)	5,5 (1,4)	5,8 (1,2)	6,1 (0,8)
Veiligheid	5,5 (1,1)	5,6 (1,0)	5,6 (1,0)	5,1 (1,3)	5,3 (1,4)	5,6 (1,0)
Relatie met vrienden en kennissen	5,3 (1,1)	5,4 (1,0)	5,2 (1,2)	4,9 (1,2)	5,4 (1,1)	5,5 (0,9)
Relatie met familie	5,1 (1,5)	5,4 (1,6)	4,8 (1,5)	4,7 (1,7)	5,3 (1,3)	5,4 (1,1)
Relatie met kinderen[2]	5,7 (1,5)	6,1 (1,3)	5,4 (1,5)	5,1 (1,8)	6,8 (0,4)	5,0 (1,0)

1 Alleen de deelnemers die werk hadden op T0 én op T3 kregen de kwaliteit van dit leefgebied ter beoordeling voorgelegd (n = 51).

2 Alleen de deelnemers die contact hadden met hun kinderen op T0 én op T3 kregen de kwaliteit van dit leefgebied ter beoordeling voorgelegd (n = 118).

5.2 Toelichting verandering in kwaliteit van leven in het algemeen tussen de eerste en vierde meting voor totale groep en per profiel

De deelnemers hebben aangegeven hoe zij hun algemene kwaliteit van leven ervaren ten tijde van de vierde meting. Zij gaven aan of zij hun kwaliteit beoordeelden als 1 = vreselijk, 2 = slecht, 3 = matig, 4 = niet slecht / niet goed, 5 = redelijk, 6 = goed, 7 = prima. Door middel van gepaarde t-testen is, voor de totale groep en per profiel, getoetst of er een significant verschil is in hun algemene kwaliteit van leven tussen de eerste en de vierde meting.

Tabel B5.2

Kwaliteit van leven in het algemeen ten tijde van de eerste en vierde meting, voor totale groep en per profiel: gemiddelde (M) en standaarddeviatie (SD)

	n	Eerste meting	Vierde meting	Verschil tussen eerste en vierde meting
		M (SD)	*M* (SD)	
Totale groep	320	4.3 (1.4)	5.2 (1.2)	t (319) = -10.3, p = .000, p < .001
Oudere daklozen	107	4.7 (1.2)	5.5 (1.0)	t (106) = -5.1, p = .000, p < .001
Mannen met multiproblematiek	68	3.8 (1.4)	4.8 (1.4)	t (67) = -5.2, p = .000, p < .001
Kwetsbaren	64	3.5 (1.5)	4.8 (1.3)	t (63) = -5.9, p = .000, p < .001
Jonge vrouwen	40	4.7 (1.2)	5.4 (0.9)	t (39) = -5.1, p = .000, p < .001
Jonge mannelijke cannabisgebruikers	41	4.9 (1.4)	5.5 (0.8)	t (40) = -2.3, p = .029, p < .05

5.3 Toelichting verandering in kwaliteit van leven op verschillende leefgebieden tussen de eerste en vierde meting voor totale groep

De deelnemers hebben op verschillende leefgebieden aangegeven hoe zij hun kwaliteit van leven ervaren ten tijde van de vierde meting. Zij gaven voor ieder leefgebied aan of zij hun kwaliteit van leven beoordeelden als 1 = vreselijk, 2 = slecht, 3 = matig, 4 = niet slecht / niet goed, 5 = redelijk, 6 = goed, 7 = prima. Door middel van gepaarde t-testen is per leefgebied getoetst of er een significant verschil is in kwaliteit van leven tussen de eerste en de vierde meting.

Tabel B5.3

Kwaliteit van leven ten tijde van de eerste en vierde meting, voor totale groep: gemiddelde (M) en standaard-deviatie (SD)

Leefgebied	*n*	Eerste meting	Vierde meting	Verschil tussen eerste en vierde meting
		M (SD)	*M* (SD)	
Huisvesting	324	4.1 (1.7)	5.2 (1.4)	t (323) = -9.3, *p* = .000, *p* < .001
Financiën	322	2.2 (1.8)	3.3 (1.6)	t (321) = -9.6, *p* =.000, *p* < .001
Dagbesteding	323	4.4 (1.4)	5.1 (1.3)	t (322) = -8.6, *p* = .000, *p* < .001
Werk	51	5.2 (1.1)	5.5 (1.2)	t (50) = -1.4, *p* = .180, n.s.
Lichamelijke gezondheid	324	4.9 (1.7)	5.0 (1.5)	t (323) = -1.3, *p* = .212, n.s.
Psychische gezondheid	317	4.5 (1.8)	5.2 (1.5)	t (316) = -5.5, *p* = .000, *p* < .001
Weerbaarheid	321	5.5 (1.3)	5.7 (1.2)	t (320) = -3.4, *p* = .001, *p* < .01
Veiligheid	320	5.0 (1.2)	5.5 (1.1)	t (319) = -5.6, *p* = .000, *p* < .001
Relatie met vrienden en kennissen	309	5.2 (1.2)	5.3 (1.1)	t (308) = -5.4, *p* = .227, n.s.
Relatie met familie	305	4.5 (1.8)	5.1 (1.5)	t (304) = -1.2, *p* = .000, *p* < .001
Relatie met kinderen	118	5.3 (1.2)	5.7 (1.1)	t (117) = -2.6, *p* = .011, *p* < .05

5.4 Toelichting verandering in mate van zelfbepaling tussen de eerste en vierde meting voor totale groep en per profiel

De deelnemers hebben op de vierde meting voor 21 stellingen met betrekking tot psychologische basis-behoeften aangegeven in hoeverre zij deze als 'waar' beschouwen: 1 = helemaal niet waar, 2 = niet waar, 3 = een beetje niet waar, 4 = niet waar en niet onwaar, 5 = een beetje waar, 6 = waar, 7 = heel erg waar. Aan de hand hiervan is bepaald in welke mate zij zich competent, autonoom en verbonden voelen ten tijde van de vierde meting. Een hogere score staat voor een grotere mate van competentie, autonomie of verbondenheid die gezamenlijk mate van zelfbepaling bepalen.
Verschillen in de mate van competentie, mate van autonomie en mate van verbondenheid tussen de eerste en de vierde meting zijn, voor de totale groep en per profiel, getoetst met gepaarde t-testen.

Tabel B5.4

Mate van competentie ten tijde van de eerste en vierde meting, voor de totale groep en per profiel: gemiddelde (M) en standaarddeviatie (SD)

	n	Eerste meting	Vierde meting	Verschil tussen eerste en vierde meting
		M (SD)	*M* (SD)	
Totale groep	315	4.7 (1.0)	5.0 (1.0)	t (314) = -3.6, *p* = .000, *p* < .001
Oudere daklozen	104	5.0 (0.8)	5.0 (0.9)	t (103) = -0.3, *p* = .749, n.s.
Mannen met multiproblematiek	67	4.4 (1.0)	4.8 (1.0)	t (66) = -3.5, *p* = .001, *p* < .005
Kwetsbaren	64	4.4 (1.1)	4.7 (1.0)	t (63) = -2.1, *p* = .042, *p* < .05
Jonge vrouwen	39	5.0 (0.9)	5.1 (0.9)	t (38) = -0.7, *p* = .507, n.s.
Jonge mannelijke cannabisgebruikers	41	5.0 (0.8)	5.3 (0.8)	t (40) = -2.0, *p* = .057, n.s.

Tabel B5.5

Mate van autonomie ten tijde van de eerste en vierde meting, voor de totale groep en per profiel: gemiddelde (M) en standaarddeviatie (SD)

	n	Eerste meting	Vierde meting	Verschil tussen eerste en vierde meting
		M (SD)	*M* (SD)	
Totale groep	319	4.8 (1.0)	5.2 (1.0)	t (318) = -6.3, *p* = .000, *p* < .001
Oudere daklozen	107	5.2 (0.9)	5.4 (0.9)	t (106) = -2.0, *p* = .053, n.s.
Mannen met multiproblematiek	67	4.5 (0.9)	5.0 (1.0)	t (66) = -4.0, *p* = .000, *p* < .001
Kwetsbaren	64	4.1 (1.0)	4.7 (1.1)	t (63) = -3.4, *p* = .001, *p* < .005
Jonge vrouwen	40	5.1 (0.9)	5.5 (0.8)	t (39) = -2.5, *p* = .017, *p* < .05
Jonge mannelijke cannabisgebruikers	41	4.9 (0.7)	5.3 (0.7)	t (40) = -2.5, *p* = .017, *p* < .05

Tabel B5.6

Mate van verbondenheid ten tijde van de eerste en vierde meting, voor de totale groep en per profiel: gemiddelde (M) en standaarddeviatie (SD)

	n	Eerste meting	Vierde meting	Verschil tussen eerste en vierde meting
		M (SD)	*M* (SD)	
Totale groep	316	5.0 (0.8)	5.2 (0.8)	t (315) = -4.3, *p* = .000, *p* < .001
Oudere daklozen	105	5.3 (0.7)	5.3 (0.7)	t (104) = -0.6, *p* = .538, n.s.
Mannen met multiproblematiek	67	4.7 (0.8)	5.1 (0.8)	t (66) = -3.2, *p* = .002, *p* < .005
Kwetsbaren	64	4.5 (1.0)	4.8 (0.9)	t (63) = -2.7, *p* = .008, *p* < .01
Jonge vrouwen	39	5.4 (0.6)	5.5 (0.6)	t (38) = -0.8, *p* = .405, n.s.
Jonge mannelijke cannabisgebruikers	41	5.1 (0.8)	5.3 (0.7)	t (40) = -2.9, *p* = .007, *p* < .01

5.5 Toelichting voorspellers van algemene kwaliteit van leven op de vierde meting

Met de univariate lineaire regressieanalyse hebben we getoetst in welke mate de kenmerken in de eerste kolom van tabel B5.7 voorspellend zijn voor de algemene kwaliteit van leven ten tijde van de vierde meting. Leeftijd, lichamelijke gezondheid, middelengebruik, sociale steun, totaal aantal onvervulde hulpbehoeften, totaal aantal maanden dakloos, aantal uitgavenposten te weten voeding, kleding, wonen, reizen in de stad, en sociale activiteiten waarvoor deelnemer genoeg geld had om aan uit te geven in de afgelopen maand, mate van zelfbepaling, en algemene kwaliteit van leven ten tijde van de eerste meting zijn als continue maten meegenomen in de analyses en de overige kenmerken als dichtome variabelen. In lijn met de overige analyses in dit hoofdstuk zijn in deze analyses alleen de deelnemers geselecteerd die aan de eerste, tweede en vierde meting hebben deelgenomen.

Tabel B5.7

Univariate lineaire regressieanalyses van de voorspellende waarde van kenmerken van deelnemers bij instroom[1] voor hun algemene kwaliteit van leven ten tweeënhalf jaar later: gestandaardiseerde regressie coëfficiënten (Beta's) met p-waarden

Kenmerk bij instroom	*n*	Beta	*p*-waarde
Leeftijd	322	-.03	.598
Geslacht (man versus vrouw)	322	-.06	.255
Etniciteit (allochtoon versus autochtoon)	317	-.05	.349
Opleidingsniveau (laagst versus overig)	319	.02	.757
Een (vermoedelijke) licht verstandelijke beperking (wel versus geen)	314	.00	.971
Kinderen verblijven bij de deelnemer in de opvang (wel versus niet)	321	.14	**.011**
Woonsituatie (wel zelfstandig gehuisvest versus niet zelfstandig gehuisvest)	322	-.09	**.114**
Psychische gezondheid			
Mate van hostiliteit (hoog versus niet hoog)	319	-.19	**.001**
Mate van somatische klachten (hoog versus niet hoog)	318	-.31	**.000**
Mate van angstklachten (hoog versus niet hoog)	319	-.24	**.000**
Mate van depressieve klachten (hoog versus niet hoog)	317	-.21	**.000**
Lichamelijke gezondheid (gemiddeld aantal lichamelijke klachten)	321	-.19	**.001**
Middelengebruik			
Cannabisgebruik (aantal dagen gebruikt in afgelopen dertig dagen)	320	-.05	.331
Alcoholgebruik (aantal dagen meer dan vijf glazen geconsumeerd in de afgelopen dertig dagen)	320	-.05	.340
Sociale steun			
Mate van steun van familie	312	.09	**.105**
Mate van steun van vrienden	322	.17	**.002**
Aantal onvervulde hulpbehoeften op financiën, huisvesting, dagbesteding en werk	320	-.17	**.005**
Gearresteerd of opgepakt in het afgelopen jaar (wel versus niet)	316	-.10	**.089**
Totaal aantal maanden dakloos geweest	322	-.71	**.203**

Vervolg tabel B5.7

Kenmerk bij instroom	*n*	Beta	*p*-waarde
Financiën			
Aantal uitgavenposten te weten voeding, kleding, wonen, reizen in de stad, en sociale activiteiten waarvoor deelnemer genoeg geld had om aan uit te geven in de afgelopen maand,	321	.18	**.001**
Schulden (een schuldbedrag gelijk aan of hoger dan duizend euro versus een schuldbedrag kleiner dan duizend euro)	275	-.03	.577
Werk (geen werk momenteel of in afgelopen jaar versus wel werk momenteel of in afgelopen jaar)	322	-.14	**.015**
Zelfbepaling			
Mate van autonomie	320	.29	**.000**
Mate van competentie	319	.30	**.000**
Mate van verbondenheid	320	.28	**.000**
Ervaren algemene kwaliteit van leven ten tijde van de eerste meting	320	.28	**.000**

[1] Een (vermoedelijke) licht verstandelijke beperking en woonsituatie zijn ten tijde van de tweede meting gemeten.

Noot. *p*-waarden (< .25) zijn dikgedrukt. Deze variabelen worden meegenomen in de multivariate analyse.

Voor het construeren van het uiteindelijke predictiemodel hebben we multivariate lineaire regressie-analyse toegepast volgens de backward selectieprocedure met een exclusie *p*-waarde van ≥ .05. Alleen kenmerken die univariaat een *p*-waarde hebben lager dan .25 (Bursac et al., 2008) zijn meegenomen in deze regressie analyse (dat zijn de dikgedrukte *p*-waarden in de tabellen). De backward selectieprocedure is gestart met een model waarin al deze onafhankelijke kenmerken zijn opgenomen. Het kenmerk dat het minst significant is, dat is het kenmerk met de grootste *p*-waarde (welke in ieder geval gelijk aan of groter dan .05 moet zijn), is het eerst uit het model verwijderd. Deze stap is herhaald totdat er alleen nog maar kenmerken in het model overbleven met een *p*-waarde lager dan .05. De kenmerken die in het model overeind bleven zijn: ervaren algemene kwaliteit van leven ten tijde van de eerste meting, somatische klachten en mate van verbondenheid (tabel B5.8). Deze drie kenmerken worden beschouwd als de onafhankelijke voorspellers van de subjectieve algemene kwaliteit van leven van deelnemers op de vierde meting.

Tabel B5.8

Kenmerken van deelnemers bij instroom die voorspellend zijn voor hun algemene kwaliteit van leven tweeënhalf jaar later (n = 297): gestandaardiseerde regressie coëfficiënten (Beta's) met p-waarden

Kenmerk bij instroom	Beta	*p*-waarde
Ervaren algemene kwaliteit van leven ten tijde van de eerste meting	.22	.000
Somatische klachten (hoge mate)	-.21	.000
Mate van verbondenheid	.15	.017

Bijlage 2. Verslag reflectie deelnemerspanels op conceptrapportage

Tijdens de deelnemerspanelbijeenkomsten in april 2015 zijn per stad de bevindingen van het onderzoek besproken. De vier deelnemerspanels hebben afzonderlijk hun reactie gegeven op de resultaten en de verslaglegging ervan in een conceptversie van deze rapportage. Daarnaast informeerden de deelnemers ons over mogelijke knelpunten in de hulpverlening voor dakloze mensen, daar waar mogelijk voorzien van concrete aanbevelingen. De genoemde reacties en aanbevelingen zijn hier samengevat.

Algemeen

- Belangrijk om te beseffen dat dit rapport niet over alle daklozen in Nederland gaat. Zo zijn er de laatste tijd veel jongeren bijgekomen, soms al vanaf twaalf jaar oud. Het beleid met betrekking tot daklozen moet gedifferentieerd zijn, omdat daklozen dat ook zijn. Het daklozenbeleid moet bovendien op veel punten worden aangepast, omdat er nu een nieuwe groep dakloze mensen is (hoger opgeleid zonder GGZ of verslavingsproblematiek) die wel zelfredzaam is.

Behoeften, zorggebruik, trajecten, zorgaansluiting en begeleidingswensen (doel A)

Trajecten

- Er is een groep mensen die per sé onzichtbaar wil blijven; dat zou de groep kunnen zijn die aangeeft geen traject te hebben. Zij hebben niet zozeer gelijk behoefte aan oplossingen, als wel aan een luisterend oor. Als er een langzamerhand een vertrouwensband is ontstaan kan er aan herstel gewerkt worden.
- Dat sommige deelnemers aangeven nooit een traject te hebben gehad kan ook komen doordat het niet altijd duidelijk is voor mensen dat zij een traject hebben. Bevindingen van het intakegesprek worden vaak niet teruggekoppeld, wellicht omdat het niet mogelijk is vanwege het ontbreken van een postadres. Mensen denken daarnaast dat er niets is gedaan aan hun situatie, terwijl het vaak tijd kost om dingen in gang te zetten.
- Ook ontgaat hen misschien de gegeven informatie over de start van een traject en wat dit behelst, omdat ze er op dat moment met hun gedachte niet bij zijn. Dakloos worden is voor hen een traumatische gebeurtenis geweest. Er moet dan eerst worden ingezet op het verwerken van dit trauma.
- Daarnaast spelen bejegeningaspecten voor sommige (met name oudere) deelnemers een rol in hun keuze om wel of niet aan een traject te beginnen.
- Dat bij sommige deelnemers het traject is afgesloten terwijl zij nog wel hulp wensten is mogelijk te verklaren doordat deze mensen bijvoorbeeld alleen een deel van het traject wilden en niet het totaalpakket.
- Mensen worden vaak niet bij hun eigen traject betrokken, bijvoorbeeld aan het veldtafeloverleg: “Er wordt niet met hen maar over hen gepraat”. Mogelijk komt dit doordat begeleiders angstig zijn voor een dergelijke confrontatie.
- Sommige deelnemers hebben fictief een traject: op papier hebben ze een traject, maar in de praktijk ontvangen ze, wel of niet gewenst, geen concrete hulp.
- Ook bij een afgesloten traject blijft vaak nog begeleiding nodig, of de mogelijkheid om hier op te kunnen terugvallen.
- Bij een traject zouden standaard drie vragen aan een cliënt gesteld moeten worden: 1) “wat kom je hier doen?”; 2) “wat is je eigen inbreng?”; en 3) als periodieke check: “wat denk je van je traject?”

Hulpbehoeften & zorgaansluiting

- Een groot aantal mensen wenst geen hulp op de verschillende leefgebieden. Dit kan verklaard worden doordat de hulp te weinig op maat wordt gegeven waardoor veel mensen deze hulp niet passend vinden, bijvoorbeeld allochtonen.
- Panelleden vragen zich af wat de reden is dat deelnemers die bij instroom een onvervulde hulpbehoefte hadden bij werk, na tweeënhalf jaar hier geen hulpbehoefte meer bij hebben. Is dat omdat ze werk hebben gevonden of omdat ze het hebben opgegeven ooit werk te vinden?
- Panelleden verbazen zich over het relatief lage percentage deelnemers met een hulpbehoefte bij sociale relaties. Zij hadden verwacht dat dit in de loop van de tijd zou toenemen, omdat bij hen bekend is dat wanneer de basisbehoeften bevredigd zijn, andere behoeften zich laten gelden (zoals de behoefte aan sociale relaties).
- Daarnaast verbazen zij zich over het relatief lage percentage deelnemers met een hulpbehoefte bij hun lichamelijke gezondheid. Mogelijk wordt dit verklaard door de hoge kosten die gepaard gaan met medische zorg, zoals het eigen risico bij voorgeschreven medicijnen door de huisarts. Mensen moeten hierdoor kiezen tussen gezondheid en eten, waarbij dat laatste voorgaat.
- Panelleden ervaren dat hun gezondheidsklachten vaak niet serieus worden genomen door huisartsen en andere professionals; zo lijkt er ook minder vaak doorverwezen te worden. Zorg daarom dat er een begeleider meegaat naar het spreekuur of laat deze een brief meegeven waarin de ernst van de klacht en noodzaak tot behandeling wordt benadrukt. Hulp moet worden aangeboden en niet opgedrongen. Stop met ”je moet!” en vraag ”wat wil je?”.
- Wat betreft de aanbeveling over gebitszorg, panelleden geven aan dat er wat initiatieven zijn (sommige tandartsen bieden bijvoorbeeld zorg voor half tarief en vooral voor schrijnende gevallen), maar dat deze niet dekkend genoeg zijn voor de hele groep.
- In sommige steden, zoals Utrecht, wordt aan dakloze mensen een collectieve aanvullende verzekering aangeboden zodat tandzorg voor hen toegankelijk is.

Begeleidingswensen

- Er moet meer continuïteit zijn in de zorg, onder andere door een vaste begeleider aan te wijzen voor cliënten.
- De onderlinge communicatie tussen hulpverleners moet worden verbeterd, nu ontvangen dakloze mensen vaak verschillende boodschappen die elkaar soms tegenspreken.
- Begeleid dakloze mensen krachtgericht en kijk naar wat mensen wel kunnen! Dit geldt ook voor gemeentes; zij zouden deze mensen vrijwilligerswerk kunnen aanbieden.
- Vanuit het buurtteam worden nu keukentafelgesprekken gevoerd om de noodzaak voor begeleiding in te schatten. Het taalgebruik hierbij moet veel eenvoudiger, nu worden nog te veel moeilijke termen gebruikt.
- Het belang van het bieden van een opleiding aan dakloze mensen zodat zij een startkwalificatie bereiken voor de arbeidsmarkt wordt onderkend. Wel wordt aangegeven dat er begrip en ruimte moet zijn voor de vaak grote overgang naar een gestructureerd weekritme wat voor studie nodig is.
- Vaak zijn er teveel randvoorwaarden voor het kunnen starten met een opleiding of worden dakloze mensen ontmoedigd doordat hun uitkering dan wordt stopgezet. Gemeenten moeten meer inzetten op het aanbieden van opleidingen of anders cursussen of leerwerktrajecten waarbij er ruimte voor ‘maatwerk’ moet zijn.
- Alvorens een opleiding wordt aangeboden, met name aan jongeren, dient er een stabiele omgeving voor hen te worden gecreëerd met veiligheid en geborgenheid waardoor ze ook de rust hebben om zich hierop te richten (bijvoorbeeld door ze een vaste plek en begeleider te geven).
- Wat betreft de aanbeveling over zorgaansluiting dat gemeenten tot creatieve oplossingen moeten komen om binnen een beperkt budget dakloze jongeren en volwassenen ondersteuning te blijven bieden bij het krijgen en behouden van werk (bijvoorbeeld beschut werken) zeggen panelleden: beschut werk wordt ondergebracht in regulier werk (Participatiewet). De gemeente Den Haag investeert in jongeren, maar een dakloze die niet in het jongerencircuit zit krijgt geen ondersteuning. De meeste daklozen hebben geen Wajong, maar een bijstandsuitkering. Ze worden beziggehouden (sollicitatietraining), maar komen niet aan de bak qua werk.

- Bij de behoefte aan ondersteuning bij het vinden van werk is het belangrijk dat er zinvolle dagbesteding wordt aangeboden, inspiratieloos werk motiveert mensen niet. Een panellid omschrijft bijvoorbeeld 'papiertjes prikken' als: "van ambitieloos, naar inspiratieloos naar hopeloos en uiteindelijk naar waardeloos".
- Na de decentralisaties is er minder geld beschikbaar voor dagbesteding. Men moet nu een GGZ-indicatie hebben om in aanmerking te komen voor dagbesteding. Bovendien worden de vergoedingen voor dagbesteding eraf gehaald. Voor velen is de dagbesteding hun werk, dus als ze geen vergoeding meer ontvangen beëindigen zij mogelijk hun dagbesteding.
- De gemeente moet op een positieve manier mensen motiveren om (weer) aan het werk te gaan. Financieel gezien gaan ze er vaak op achteruit wanneer ze werken, omdat ze dan op bepaalde inkomsten of toeslagen geen recht meer hebben. Bij schulden is er geen stimulans om te werken daar elke euro meer dan de bijstandsuitkering naar de schuldaflossing gaat.
- Na een lange tijd niet gewerkt te hebben is het voor de persoon in kwestie vaak lastig om werk weer op te pakken (en bijvoorbeeld vroeg wakker te worden). Hier moet men bij worden begeleid, niet door een belanghebbende zoals het UWV, maar door een onafhankelijk iemand zoals de casemanager of trajectbegeleider. En als iemand net gestart is met werken zou het beter zijn als de frequentie van de evaluatiegesprekken tijdelijk wordt opgehoogd.
- Werkgevers nemen bijna geen mensen aan met een gat in hun cv of met een stempel als 'dakloze'. Gemeenten zouden bedrijven moeten stimuleren om juist wel deze mensen tijdelijk aan te nemen, bijvoorbeeld door het invoeren van een proefperiode met behoud van uitkering.
- Bovendien stellen werkgevers vaak hoge eisen; de sollicitatiebrief moet perfect zijn qua spelling. Niet voor elke functie zouden dezelfde strenge eisen moeten gelden. En gemeenten moeten een sollicitatietraining bieden aan kwetsbare mensen die op zoek zijn naar werk zodat zij leren hoe zij zich goed kunnen presenteren ondanks hun achtergrond van dakloosheid.
- Het is belangrijk dat 'maatjesprojecten' en dergelijke gestimuleerd worden, dat er actieve bemiddeling is in dit soort activiteiten.

Transities in soorten onderdak en voorspellers van stabiele huisvesting (doel B)

Woningaanbod

- De panelleden wijten de lage doorstroom van instituties naar zelfstandige huisvesting aan het feit dat mensen jonger dan 45 jaar in de maatschappelijk opvang momenteel geen urgentieverklaring meer krijgen. Vanaf 45 jaar kom je in aanmerking voor een 'seniorenwoning'.
- Het woningaanbod is te laag en er bestaan wachtlijsten van zes tot acht jaar. Hierdoor kan het gebeuren dat mensen die wel capabel zijn om zelfstandig te wonen niet doorstromen naar een zelfstandige woning. Een mogelijke oplossing voor dit probleem is leegstaande (kantoor)gebouwen ombouwen tot leefbare woningen, welke eventueel als overbrugging kunnen fungeren naar een 'echte' woning.
- Zoek naar goedkopere woonoplossingen voor dakloze mensen zoals maatschappelijke opvang in eigen beheer.

Transitie naar het zelfstandig wonen

- Panelleden opperen dat mensen die het eng vinden om zelfstandiger te gaan wonen wakker geschud moeten worden, omdat als ze dan zelfstandiger gaan wonen, ze vaak merken dat ze meer kunnen dan ze denken en weer zelfvertrouwen krijgen.
- Zet bij mensen met een detentieverleden vanuit de reclassering extra begeleiding in bij de overgang naar een eigen woning.
- Sommige panelleden staan niet achter het principe van Housing First, omdat zij menen dat alleen mensen die iets 'mankeren' hiervoor in aanmerking komen en zo worden voorgetrokken bij het verkrijgen van zelfstandige woonruimte.
- Door de veranderingen in zorg en ondersteuning worden mensen nu naar een 'buurtteam' gestuurd en komen zij nog moeilijker aan een indicatie voor woonbegeleiding.
- De wachtlijst voor schuldhulpverlening is nu twee jaar. Panelleden adviseren om in te zetten op preventie; geef mensen, met name jongeren, voorlichting over hoe zij uit de schulden kunnen blijven.

Tevreden over woonsituatie

- Panelleden geven de volgende mogelijke verklaringen voor waarom de helft van de deelnemers die in instituties verblijven daar niet tevreden over is: te veel bemoeizorg, dingen moeten doen die ze niet willen doen en weinig privacy.
- Waarom ouderen meer tevreden zijn over hun woonsituatie? Panelleden menen dat dat mogelijk komt, omdat je meer bij de dag leeft als je ouder bent en je eerder tevreden bent. En dat ouderen misschien eerder hulp aanvaarden dan jongeren.
- Panelleden suggereren dat de relatie tussen 'het hebben van een hoge schuld' en 'minder vaak tevreden stabiel gehuisvest zijn' onder andere verklaard kan worden door de eventuele dreiging van huisuitzetting / deurwaarders.

Objectieve en subjectieve kwaliteit van leven van dakloze mensen, en voorspellers van subjectieve levenskwaliteit (doel C)

- Het is een misvatting om te denken dat als mensen hun eigen financiën kunnen doen zij dan ook zelfstandig zijn. De mate waarin iemand hulp weet te mobiliseren is een betere graadmeter voor hoe zelfstandig iemand is.
- Om de kwaliteit van leven van dakloze mensen te verbeteren moet er meer aandacht worden besteed aan het versterken van de eigen weerbaarheid en het leren opkomen voor zichzelf.
- Maatwerk in de begeleiding lijkt arbeidsintensiever, maar is eigenlijk efficiënter en dus kostenbesparend en leidt ook tot een betere kwaliteit van leven bij de cliënt.

Bijlage 3. Vergelijking van deelnemers met een lopend traject, deelnemers met een afgesloten traject en deelnemers zonder traject

Tabel B3 geeft de kenmerken weer van de groep deelnemers die ten tijde van de vierde meting een lopend traject hebben, hun traject hebben afgesloten in de afgelopen 2,5 jaar of nooit een traject hebben gehad. Verschillen tussen de kenmerken van de drie groepen op de vierde meting zijn getoetst met Chi-square toetsen voor de categorische variabelen en Anova's (met post-hoc toetsen) voor de continue variabelen (leeftijd en kwaliteit van leven).

Deelnemers met een lopend traject zijn significant vaker man dan deelnemers met een afgesloten traject. Ook wat betreft leeftijd is er een verschil: deelnemers met een afgesloten traject zijn significant jonger dan de andere deelnemers. Het opvallendste verschil heeft betrekking op het wel of niet willen van begeleiding bij het wonen: binnen de groep deelnemers met een lopend traject is het aandeel mensen dat begeleiding wenst aanzienlijk groter dan in de andere twee groepen.

Op alle overige kenmerken, zoals etniciteit, opleidingsniveau, schulden, middelengebruik of kwaliteit van leven zijn er geen significante verschillen tussen de drie groepen.

Tabel B3

Kenmerken van deelnemers met een lopend traject (n = 133), deelnemers met een afgesloten traject (n = 116) en deelnemers zonder een traject (n = 110) ten tijde van de vierde meting[1]

Kenmerk op T3	Deelnemers met een lopend traject	Deelnemers met een afgesloten traject	Deelnemers die nooit een traject hebben gehad	Verschillen tussen groepen
Geslacht: man	82,0%	68,1%	73,6%	X^2 (2) = 6,5, p < .05 Post-hoc: 1 > 2, p < .05
Gemiddelde leeftijd	40,2	36,2	42,2	F (2, 356) = 6,8, p < .01 Post-hoc: 1 > 2, p < .05; 3 > 2, p < .01
Allochtoon	62,5% (n = 128)	69,6% (n = 112)	59,6% (n = 109)	X^2 (2) = 2,6, p = .277, n.s.
Vermoedelijke LVB	69,6% (n = 115)	67,0% (n = 100)	72,1% (n = 86)	X^2 (2) = 0,6, p = .753, n.s.
Laagste opleidingsniveau (ten hoogste lagere school)	26,8% (n = 123)	17,6% (n = 102)	24,5% (n = 98)	X^2 (2) = 2,8, p = .251, n.s.
Schuld duizend euro of meer op vierde meting	77,4% (n = 115)	68,0% (n = 97)	67,0% (n = 88)	X^2 (2) = 3,4, p = .186, n.s.
Verhoogde depressieve klachten	25,2% (n = 131)	24,1%	28,2%	X^2 (2) = 0,5, p = .771, n.s.
Verhoogde angstklachten	27,1% (n = 131)	24,1%	27,3%	X^2 (2) = 0,4, p = .830, n.s.
Verhoogde somatische klachten	27,8%	21,6%	29,1%	X^2 (2) = 2,0, p = .377, n.s.
Verhoogde hostiliteit	22,0% (n = 132)	23,3%	21,8%	X^2 (2) = 0,1, p = .958, n.s.
Vijf of meer glazen alcohol op één gelegenheid in de afgelopen maand	27,1%	23,3%	23,6%	X^2 (2) = 0,6, p = .744, n.s.
Gebruik van cannabis in de afgelopen maand	35,3%	39,7%	38,2%	X^2 (2) = 0,5, p = .773, n.s.
Positief over langere tijd in huidige woonsituatie blijven	65,6% (n = 131)	72,6% (n = 113)	57,8% (n = 109)	X^2 (2) = 5,4, p = .069, n.s.
Begeleiding gewenst	72,7% (n = 132)	43,5% (n = 115)	41,3% (n = 104)	X^2 (2) = 30,4, p < .001 Post-hoc: 1 > 2, p < .001; 1 > 3, p < .001
Wil zelfstandig wonen -	96,9% (n = 127)	99,1% (n = 114)	97,1% (n = 103)	n.v.t.

Vervolg tabel B3

Kenmerk op T3		Deelnemers met een lopend traject	Deelnemers met een afgesloten traject	Deelnemers die nooit een traject hebben gehad	Verschillen tussen groepen
Kwaliteit van leven	Wonen	5,2	5,3	4,9	*F* (2, 356) = 2,3, *p* = .098, n.s.
	Financiën	3,3 (*n* = 132)	3,5 (*n* = 114)	3,0	*F* (2, 353) = 2,0, *p* = .132, n.s.
	Dagbesteding	5,2	5,0 (*n* = 115)	4,9	*F* (2, 355) = 2,1, *p* = .130, n.s.
	Werk	5,4 (*n* = 60)	5,6 (*n* = 43)	5,5 (*n* = 36)	*F* (2, 136) = 0,2, *p* = .817, n.s.
	Lichamelijke gezondheid	5,2	5,1	4,8	*F* (2, 356) = 1,2, *p* = .307, n.s.
	Psychische gezondheid	5,2 (*n* = 131)	5,1 (*n* = 115)	4,9 (*n* = 108)	*F* (2, 351) = 1,5, *p* = .235, n.s.
	Veiligheid	5,5	5,5 (*n* = 114)	5,5 (*n* = 109)	*F* (2, 353) = 0,1, *p* = .902, n.s.
	Relatie met vrienden en kennissen	5,3 (*n* = 130)	5,2 (*n* = 115)	5,3 (*n* = 105)	*F* (2, 347) = 0,4, *p* = .656, n.s.
	Relatie met familie	5,1 (*n* = 126)	5,3 (*n* = 115)	5,0 (*n* = 105)	*F* (2, 343) = 0,9, *p* = .407, n.s.
	Relatie met kinderen	5,4 (*n* = 54)	6,2 (*n* = 49)	5,8 (*n* = 51)	*F* (2, 151) = 3,0, *p* = .051, n.s.
	Algemene kwaliteit van leven	5,3	5,2 (*n* = 114)	5,0	*F* (2, 354) = 2,1, *p* = .119, n.s.

[1] Een (vermoedelijke) licht verstandelijke beperking is ten tijde van de tweede meting gemeten.

– Niet toetsbaar wegens te kleine aantallen in cel

Bijlage 4. Daklozen in woonvoorzieningen versus daklozen die begeleid wonen

Tabel B4 geeft de kenmerken van de groep deelnemers die begeleid woont en de kenmerken van de groep deelnemers die verblijft in een woonvoorziening in de maatschappelijke opvang ten tijde van de vierde meting. Verschillen tussen de kenmerken van beide groepen op de vierde meting zijn getoetst met Chi-square toetsen voor de categorische variabelen en t-toetsen voor de continue variabelen (leeftijd en kwaliteit van leven).
Deelnemers die begeleid wonen zijn significant vaker allochtoon dan deelnemers in een woonvoorziening. Ook bestaat een significant verschil tussen beide groepen wat betreft hun psychische klachten: deelnemers in woonvoorzieningen scoren hoger op depressieve klachten, angstklachten en hostiliteit. Deelnemers in woonvoorzieningen geven significant vaker aan begeleiding bij het wonen te wensen dan deelnemers die zelfstandig begeleid wonen en zij zijn minder positief over hun woonsituatie. Op de leefgebieden wonen, lichamelijke en psychische gezondheid, veiligheid, relatie met vrienden en kennissen beoordelen deelnemers in woonvoorzieningen hun kwaliteit van leven significant slechter dan deelnemers die zelfstandig begeleid wonen. Ook de algemene kwaliteit van leven wordt door deelnemers in woonvoorzieningen significant slechter beoordeeld.
Op overige kenmerken, zoals middelengebruik, schulden, opleidingsniveau of een vermoedelijke verstandelijke beperking vinden we geen significante verschillen tussen de groepen.

Tabel B4

Kenmerken van deelnemers die begeleid wonen (n = 61) en deelnemers die verblijven in een woonvoorziening in de maatschappelijke opvang (n = 46) ten tijde van de vierde meting[1]

Kenmerk op T3		Deelnemers die begeleid wonen	Deelnemers in een woonvoorziening	Verschillen tussen groepen
Geslacht: man		77,0%	80,4%	X^2 (1) = 0,2, *p* = .673, n.s.
Gemiddelde leeftijd		39,4	43,2	*F* (1, 105) = 0,1, *p* = .122, n.s.
Allochtoon		76,7% (*n* = 46)	50,0% (*n* = 22)	X^2 (1) = 8,0, *p* < .01
Vermoedelijke LVB		41,2% (*n* = 21)	27,5% (*n* = 11)	X^2 (1) = 1,8, *p* = .175, n.s.
Laagste opleidingsniveau (ten hoogste lagere school)		29,8% (*n* = 17)	32,6% (*n* = 14)	X^2 (1) = 0,09, *p* = .770, n.s.
Schuld duizend euro of meer op vierde meting		77,8% (*n* = 42)	67,5% (*n* = 27)	X^2 (1) = 1,24, *p* = .265, n.s.
Verhoogde depressieve klachten		14,8% (*n* = 9)	42,2% (*n* = 19)	X^2 (1) = 10,1, *p* < .01
Verhoogde angstklachten		16,4% (*n* = 10)	45,7% (*n* = 21)	X^2 (1) = 10,9, *p* < .01
Verhoogde somatische klachten		21,3%	37,0%	X^2 (1) = 3,2, *p* = .074, n.s.
Verhoogde hostiliteit		14,8%	34,8%	X^2 (1) = 5,9, *p* < .05
Vijf of meer glazen alcohol op één gelegenheid in de afgelopen maand		24,6%	28,3%	X^2 (1) = 0,2, *p* = .669, n.s.
Gebruik van cannabis in de afgelopen maand		39,3%	39,1%	X^2 (1) = 0,001, *p* = .982, n.s.
Positief over langere tijd in huidige woonsituatie blijven		63,9% (*n* = 39)	44,4% (*n* = 20)	X^2 (1) = 4,0, *p* < .05
Begeleiding gewenst		60,7% (*n* = 37)	82,6% (*n* = 38)	X^2 (1) = 6,0, *p* < .05
Wil zelfstandig wonen		96,6% (*n* = 56)	88,4% (*n* = 38)	-
Kwaliteit van leven	Wonen	5,2	4,3	*F* (1, 104) = 4.0, *p* < .01
	Financiën	3,4 (*n* = 60)	3,0	*F* (1, 104) = 3,9, *p* = .224, n.s.
	Dagbesteding	5,3	5,0	*F* (1, 105) = 0,3, *p* = .152, n.s.
	Werk	5,3 (*n* = 25)	4,4 (*n* = 13)	*F* (1, 36) = 0,2, *p* = .066, n.s.
	Lichamelijke gezondheid	5,3	4,6	*F* (1, 105) = 6,0, *p* < .05
	Psychische gezondheid	5,5	4,7	*F* (1, 105) = 4,1, *p* < .05
	Veiligheid	5,6	4,9 (*n* = 45)	*F* (1, 104) = 4,7, *p* < .01
	Relatie met vrienden en kennissen	5,6 (*n* = 59)	5,0 (*n* = 45)	*F* (1, 102) = 9,3, *p* < .05
	Relatie met familie	5,1 (*n* = 60)	4,8 (*n* = 38)	*F* (1, 96) = 1,5, *p* = .328, n.s.
	Relatie met kinderen	5,6 (*n* = 25)	5,7 (*n* = 17)	*F* (1, 40) = 1,3, *p* = .799, n.s.
	Algemene kwaliteit van leven	5,4	5,0	*F* (1, 105) = 0,1, *p* = .122, n.s.

[1] Een (vermoedelijke) licht verstandelijke beperking is ten tijde van de tweede meting gemeten.

– Niet toetsbaar wegens te kleine aantallen in cel

Bijlage 5. Overzicht van publicaties

Tussenrapportages Coda-G4:

- Van Straaten, B., Van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S. N., Maas, M., Wolf, J., & Van de Mheen, D. (2012). *Profiel van daklozen in de vier grote steden. Resultaten uit de eerste meting van de Cohortstudie naar daklozen in de vier grote steden (Coda-G4).* Rotterdam / Nijmegen: IVO; Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.

- Van der Laan, J., Van Straaten, B., Boersma, S. N., Schrijvers, C., Van de Mheen, D., & Wolf, J. (2013). *Daklozenprofielen in de vier grote steden en veranderingen in wonen, kwaliteit van leven en hulpbehoeften. Resultaten uit de tweede meting van Coda-G4.* Nijmegen / Rotterdam: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen; IVO.

- Van Straaten, B., Van der Laan, J., Rodenburg, G., Boersma, S. N., Wolf, J., & Van de Mheen, D. (2014). D*akloze mensen in de vier grote steden: veranderingen in leefsituatie, zorggebruik en kwaliteit van leven. Resultaten uit de derde meting van Coda-G4: 1,5 jaar na instroom in de maatschappelijke opvang.* Rotterdam / Nijmegen: IVO; Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg Radboudumc.

Wetenschappelijke publicaties:

- Van der Laan, J., Boersma, S. N., Van Straaten, B., Rodenburg, G., Van de Mheen, D., & Wolf, J. (2015). Health-related profiles of homeless people entering the Social Relief System: a comparison of their quality of life, social support, service use and unmet needs. [Manuscript submitted for publication]

- Van Straaten, B., Rodenburg, G., Van der Laan, J., Boersma, S. N., Wolf., & Van de Mheen, D. (2015). Substance use among Dutch homeless people, a follow-up study: Prevalence, pattern and housing status. [Manuscript submitted for publication]

- Van Straaten, B., Rodenburg, G., Van der Laan, J., Boersma, S. N., Wolf., & Van de Mheen, D. (2015). Self-reported care needs of homeless people with and without a suspected intellectual disability: a 1.5-year follow-up study. [Manuscript submitted for publication]

- Van Straaten, B., Schrijvers, C., Van der Laan, J., Boersma, S. N., Rodenburg, G., Wolf., & Van de Mheen, D. (2014). Intellectual Disability among Dutch Homeless People: Prevalence and Related Psychosocial Problems. *PLoS ONE, 9,* e86112.

- Van Straaten, B., Schrijvers, C., Van der Laan, J., Boersma, S. N., Rodenburg, G., Wolf, J., & Van de Mheen, D. (2014). Dakloze mensen met een verstandelijke beperking: extra kwetsbaar. *MGV, 69,* 22–30.

- Van Straaten, B., Van der Laan, J., Schrijvers, C., Boersma, S. N., Maas, M., Wolf, J., & Van de Mheen, D. (2014). Middelengebruik en psychische klachten van daklozen in de vier grote steden. *Verslaving, 10,* 19–36.

Webbijlage 1. Woonsituaties en indeling van (opvang)locaties per categorie

Indeling van (opvang)locaties per categorie

Categorie	Omschrijving / voorbeelden
Gehuisvest:	**Eigen huurcontract of hypotheek**
Gehuisvest:	**Vast en langdurig verblijf bij familie (bijvoorbeeld inwonend bij ouders), vrienden of kennissen, of onderhuur zonder eigen contract**
Marginaal gehuisvest:	**Tijdelijk verblijf bij familie, vrienden of kennissen, zonder uitzicht op langer verblijf**
Dakloos:	**Passantenverblijf, slaaphuis of noodcentrum; tijdelijk verblijf; nachtopvang** Utrecht: Centrum Vaartserijn: Passantenverblijf. Leger des Heils: Noodopvang. Stichting De Tussenvoorziening: NoiZ, Sleep Inn. Leger des Heils: Laagdrempelige 24-uursopvang, Verpleegafdeling Meerzorg Amsterdam: HVO-Querido: passantenverblijf, passantenhotel Boerhaave, opvanghotel Ruysdael, JES Je Eigen Stek. Leger des Heils: De Haven, Instroomhuis (Leger des heils & HVO-Querido), Instroomhuis Spirit, Instroomhuis Alexandria, Instroomhuis Elandstraat, Stichting de Regenboog AMOC, Stichting Volksbond Amsterdam: MO Atlantisplein Rotterdam: Alle nachtopvanglocaties van het Leger des Heils, CVD en de NAS. Corridor: opvanghuis. Den Haag: Alle nachtopvanglocaties en passantenverblijven van het Leger des Heils en de Kessler Stichting. Kessler Stichting: kort verblijf Zamenhof, kort verblijf de La Rey, DoorZ. Limor: doorstroomvoorziening Om en Bij en doorstroomvoorziening Semsschans. Dordrecht: De Hoop ggz: Opvang de Jordaan
Geïnstitutionaliseerd:	**Woonvoorziening voor dak- en thuislozen in de maatschappelijke opvang of vrouwenopvang (sociaal pension, internaat), begeleid wonen** Utrecht: Centrum Vaartserijn: 24-uurs opvang. Leger des Heils: Enkeltje zelfstandig, Hostel De Hoek, Hostel Leidsche Maan. SBWU: Hostel Hogelanden, Hostel Maliehof, Hostel Wittevrouwen, Het Blauwe Huis, Grauwaart. Stichting De Tussenvoorziening: Gastenverblijf 't Groene Sticht, Hostel De Bolksbeek, De Loef, Stichting Pension Singelzicht. Amsterdam: HVO-Querido: Noordzijde, De Veste, de Aak, de Rijswijk, de Roggeveen, de Vaart, Werkhotel, Elsrijkdreef, Anton de Komplein, Martien Schaaperhuis. Leger des Heils: Sociaal Pension Zuiderburgh, Plantage Doklaan, Jannahuis, Straetenburgh. Cordaan, de Klif, RIBW Rosaburgh, RIBW Westburgh Den Haag: Kessler Stichting: Tichelaar. Leger des Heils: Vast & Verder, Herstart 24-uurs opvang. Zoetermeer: RIBW Fonteynenburg Rotterdam: Leger des Heils:, Verpleegafdeling de Dukdalf, The Village. Jongleren, Zij aan Zij. Stichting Prokino. Foyer Henegouwerlaan. ArosA: Annie M.G. CVD: Sociaal pension de Stelle, Sociaal pension de Hille, het Klooster. Timon. Maaszicht: Pension Maaszicht Baarn: Leger des Heils: de Blinkert

Wordt vervolgd op volgende bladzijde 126.

Indeling van (opvang)locaties per categorie

Categorie	Omschrijving / voorbeelden
Geïnstitutionaliseerd:	**Woonvoorziening in de ggz of verslavingszorg** Utrecht: Altrecht geestelijke gezondheidszorg: De Kei. Victas: begeleid wonen Amsterdam: Mentrum: Woontrainingscentrum Domselaerstraat, Time-Out voorziening, Witte Kaap. Den Haag: Stichting Anton Constandse de Botter, Saffier de Residentiegroep: De Lozerhof, psychogeriatrisch verpleeghuis Rotterdam: Stichting Corridor: begeleid wonen Zeist: Lievegoed: Witte hull
Geïnstitutionaliseerd:	**(Psychiatrisch) ziekenhuis, crisiscentrum of verslavingskliniek** Rotterdam: Delta psychiatrisch centrum: Nieuwe Haven. Bavo Europoort: kliniek. Utrecht: Centrum Maliebaan: kliniek Eijkman, kliniek Spinoza, Altrecht Willem Arntsz Huis, Altrecht Wier Amsterdam: Jellinek: kliniek, Mentrum: kliniek Den Haag: Brijder: intramuraal motivatie centrum. Palier: Centrum Intensieve Behandeling, Triple Ex, Entrada Laren: GGZ Centraal: Juliana-Oord
Geïnstitutionaliseerd:	**Begeleid wonen** Amsterdam: Discus, Housing First; HVO-Querido: begeleid wonen Utrecht: Stichting De Tussenvoorziening: Begeleid wonen Tussenoord Rotterdam: CVD: (z)Onder Dak; Leger des Heils: (z)Onder Dak Den Haag: Middin: Begeleid wonen; Kessler Stichting: Begeleid zelfstandig wonen
Geïnstitutionaliseerd:	**Woonvoorziening overig** Woonvoorziening Mozaiek Amstelveen; Woonvoorziening van Amerpoort; Zorgcomplex van AxionContinu; Voorziening binnen kliniek voor mensen met een niet aangeboren hersenletsel (NAH).

Webbijlage 2. Benadering en kenmerken respondenten ten tijde van de vierde meting

Benadering van deelnemers

De deelnemers aan de cohortstudie werden bij het vierde interview, evenals tijdens de vorige drie interviews, benaderd volgens een benaderingsprotocol, waarbij achtereenvolgens de volgende stappen werden doorlopen:

1. Contact via het telefoonnummer en/of e-mailadres van de deelnemer zelf of via het nummer van de instelling. Minimaal drie en maximaal vijf pogingen, waarvan tenminste één keer 's avonds. Na drie keer bellen werd ook stap 2 ingezet.
2. Contact via door de deelnemer opgegeven contactpersonen om contactgegevens van de deelnemer te achterhalen. Minimaal drie en maximaal vijf pogingen, waarvan tenminste één keer 's avonds.
3. Contact zoeken via Facebook. Bij een openbaar profiel werd een privébericht gestuurd via de profielensite na verificatie dat het de juiste persoon was (bijv. a.d.h.v. foto's, geboortedatum, woonplaats).
4. Gegevens van de deelnemer opvragen bij de gemeente (alleen wanneer de deelnemer hier toestemming voor had gegeven).

Stap 4 werd uiterlijk drie maanden nadat het vierde interview idealiter had moeten plaatsvinden afgerond. Als er na stap 1-4 geen contact met de deelnemer tot stand was gekomen, of wanneer een deelnemer zelf aangaf niet langer aan het onderzoek te willen deelnemen, was de deelnemer non-respondent voor de vierde meting. Deelnemers met wie wij geen contact kregen voor het derde interview, worden opnieuw benaderd voor het vierde interview.

Selectiviteit in respons

We vergeleken de respondenten en de non-respondenten (aparte vergelijking voor de volwassenen en de jongeren) van de vierde meting op de volgende kenmerken ten tijde van de eerste meting:

1. Geslacht: man/vrouw
2. Leeftijd: continu gemeten in jaren met een minimum van achttien jaar.
3. Etniciteit: autochtoon/ eerste generatie allochtoon/tweede generatie allochtoon
4.) Burgerlijke staat: nooit getrouwd geweest; getrouwd/geregistreerd partnerschap; gescheiden; weduwe/weduwnaar.
5. Opleiding: laagst (geen onderwijs; lager onderwijs), laag (lager beroepsonderwijs; middelbaar algemeen voorgezet onderwijs), middelbaar (middelbaar beroepsonderwijs; hoger algemeen onderwijs), hoog (hoger beroepsonderwijs; wetenschappelijk onderwijs)
6. Aantal lichamelijke klachten in de afgelopen dertig dagen, op basis van de International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death; continu gemeten, met minimum van nul klachten en maximum van twintig klachten
7. Middelengebruik
   a. Regelmatig (meer dan twintig dagen per maand) cannabisgebruik: ja/nee
   b. Regelmatig (meer dan twintig dagen per maand) alcoholgebruik: ja/nee
8. Score op drie subschalen van de Brief Symptom Inventory
   a. Angstklachten; score boven de norm "hoog": ja/nee[1]
   a. Depressieve klachten; score boven de norm "hoog": ja/nee
   a. Somatische klachten; score boven de norm "hoog": ja/nee

[1] Psychische klachten worden vergeleken met vier normgroepen uit de algemene bevolking (De Beurs & Zitman, 2006): jonge mannen (18 t/m 29), jonge vrouwen (18 t/m 29), volwassen mannen (30+), volwassen vrouwen (30+).

De volwassen non-respondenten verschillen niet significant van de volwassen respondenten wat betreft geslacht, etniciteit, burgerlijke staat, opleiding, lichamelijke klachten, regelmatig cannabisgebruik, regelmatig alcoholgebruik en psychische klachten (angstklachten, depressieve klachten en somatische klachten) (zie tabel B1.2). De volwassen non-respondenten verschillen wel significant van de volwassen respondenten wat betreft hun leeftijd; non-respondenten zijn gemiddeld jonger (38,2 jaar) dan respondenten (41,1 jaar).
Wat betreft de jongere deelnemers verschilden de respondenten van de vierde meting alleen op opleiding van de non-respondenten (zie tabel B1.3). Non-respondenten hadden vaker het laagste opleidingsniveau (48,5%) dan respondenten (28,6%) en non-respondenten hadden minder vaak een lage opleiding (36,4%) dan respondenten (65,7%)

Tabel B1.1

Selectiviteit in respons, volwassenen

		Alle volwassen respondenten		Volwassen respondenten op de vierde meting		Volwassen non-respondenten op de vierde meting	
Geslacht	man	*n* = 410	80,7	*n* = 308	78,9	*n* = 102	86,3
Leeftijd		*n* = 410	40,3	*n* = 308	41,1	*n* = 102	38,2 *
Etniciteit	allochtoon	*n* = 400	63,5	*n* = 302	63,9	*n* = 98	62,2
	eerste generatie	*n* = 400	47,5	*n* = 302	49,3	*n* = 98	41,8
	tweede generatie	*n* = 400	16,0	*n* = 302	14,6	*n* = 98	20,4
Burgerlijke staat op eerste meting	nooit getrouwd geweest	*n* = 410	64,6	*n* = 308	64,6	*n* = 102	64,7
Opleiding op eerste meting	laagst	*n* = 406	33,7	*n* = 304	30,6	*n* = 102	43,1
	laag	*n* = 406	38,7	*n* = 304	40,5	*n* = 102	33,3
	middelbaar	*n* = 406	18,0	*n* = 304	18,4	*n* = 102	16,7
	hoog	*n* = 406	9,6	*n* = 304	10,5	*n* = 102	6,9
ICD lich.klachten op eerste meting		*n* = 408	3,0	*n* = 306	3,0	*n* = 102	2,9
Regelmatig cannabisgebruik op eerste meting		*n* = 409	23,7	*n* = 307	22,8	*n* = 102	26,5
Regelmatig alcoholgebruik op eerste meting		*n* = 409	13,4	*n* = 307	14,3	*n* = 102	10,8
Somatische klachten op eerste meting		*n* = 404	36,4	*n* = 304	37,5	*n* = 100	33,0
Depressieve klachten op eerste meting		*n* = 402	48,3	*n* = 303	45,5	*n* = 99	56,6
Angstklachten op eerste meting		*n* = 403	37,5	*n* = 304	38,2	*n* = 99	35,4

* $p < .05$

Tabel B1.2
Selectiviteit in respons, jongeren

		Alle jongere respondenten		Jongere respondenten op de vierde meting		Jongere non-respondenten op de vierde meting	
Geslacht	man	n = 103	60,2	n = 70	54,3	n = 33	72,7
Leeftijd		n = 103	20,2	n = 70	20,1	n = 33	20,2
Etniciteit	allochtoon	n = 98	67,4	n = 66	65,2	n = 32	71,9
	eerste generatie	n = 98	23,5	n = 66	18,2	n = 32	34,4
	tweede generatie	n = 98	43,9	n = 66	47,0	n = 32	37,5
Burgerlijke staat op eerste meting	nooit getrouwd geweest	n = 103	100	n = 70	100	n = 33	100
Opleiding op eerste meting	laagst	n = 103	35,0	n = 70	28,6	n = 33	48,5 *
	laag	n = 103	56,3	n = 70	65,7	n = 33	36,4 *
	middelbaar	n = 103	7,8	n = 70	4,3	n = 33	15,2
	hoog	n = 103	1,0	n = 70	1,4	n = 33	0
ICD lich.klachten op eerste meting		n = 103	2,4	n = 70	2,5	n = 33	2,1
Regelmatig cannabisgebruik op eerste meting		n = 102	40,2	n = 69	33,8	n = 33	51,5
Regelmatig alcoholgebruik op eerste meting		n = 99	9,1	n = 67	6,0	n = 32	15,6
Somatische klachten op eerste meting		n = 103	25,2	n = 70	24,3	n = 33	27,3
Depressieve klachten op eerste meting		n = 103	24,3	n = 70	20,0	n = 33	33,3
Angstklachten op eerste meting		n = 103	27,2	n = 70	24,3	n = 33	33,3

* $p < .05$

Ervaringen met hulp en ervaren verbeteringen

Om de ervaringen met hulp en de ervaren verbeteringen van deelnemers te meten is de CQ-index voor de maatschappelijke opvang en vrouwenopvang gebruikt (Beijersbergen et al., 2010). Uit deze lijst zijn zes vragen geselecteerd van de schaal 'resultaat' en drie vragen van de schaal 'hulp'. Daarnaast zijn, door Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg & IVO, drie aanvullende vragen opgesteld over ervaringen van deelnemers met een traject, en drie vragen over ervaren verbeteringen in leefsituatie en behaalde doelen in de afgelopen 2,5 jaar.

Gebruik van gezondheidsvoorzieningen en maatschappelijke bronnen

Om het zorggebruik van de deelnemer in kaart te brengen is achterhaald of een deelnemer in de afgelopen zes maanden gebruik heeft gemaakt van verschillende soorten psychiatrische hulp, verslavingszorg, medische zorg en andere vormen van hulp (zoals GGD, kredietbank en beschermd wonen). Deze totale vragenlijst bevat in totaal 63 items, wij namen de 17 meest relevante categorieën af, plus een aanvullende open categorie 'anders, namelijk..'. De vragenlijst is door Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg geconstrueerd en is veelvuldig gebruikt in andere daklozenstudies.

Objectieve en subjectieve kwaliteit van leven

De verkorte kwaliteit van leven lijst van Lehman (Jansen, Mensink, & Wolf, 2007; Lehman, 1983; 1995; Lehman, Slaughter, & Myers, 1992) is gebruikt voor het meten van 1) de subjectieve beleving van de algemene kwaliteit van leven, 2) de ervaren kwaliteit van leven op acht leefdomeinen (woonsituatie, dagelijkse activiteiten en functioneren, familie, sociale relaties, financiën, werk & school, justitie en veiligheidskwesties en gezondheid) en 3) de objectieve kenmerken van de leefsituatie. De subjectieve beleving wordt gescoord op een zevenpuntschaal (1 = *vreselijk* tot 7 = *prima*). De objectieve kenmerken beschrijven de feitelijke leefsituatie van cliënten (zoals al dan niet huisvesting, soort huisvesting, al dan niet inkomen/uitkering, al dan niet schulden, hoogte van schulden, al dan niet dagbesteding, type dagbesteding, al dan niet arrestaties en veroordelingen). De psychometrische eigenschappen van deze vragenlijst zijn goed en vergelijkbaar met die van de uitgebreide kwaliteit van leven lijst (Wolf et al., 2002). De kwaliteit van leven lijst van Lehman is internationaal gangbaar in effectstudies bij daklozen (Kasprow & Rosenheck, 2007; Rich & Clark, 2005; Rosenheck & Dennis, 2001; Rosenheck, Resnick, & Morrissey, 2003).

Lichamelijke gezondheid

De informatie over lichamelijke gezondheid is gebruikt voor het definiëren van de profielen, hiervoor zijn resultaten uit de eerste meting gebruikt. Lichamelijke gezondheid wordt gemeten door het subdomein 'Gezondheid' van de verkorte kwaliteit van leven lijst, waarin gevraagd wordt naar de ervaren gezondheid in het algemeen en de ervaren fysieke conditie. Daarnaast is in de Quality of Life and Care lijst (zie onder) gevraagd naar of men hulp wil in het domein lichamelijke gezondheid, of hij/zij deze hulp ook krijgt en of dit de juiste hulp is. Ook is inzicht gekregen in lichamelijke klachten door lichamelijke klachten van mensen in de afgelopen dertig dagen uit te vragen. Het gaat hier bijvoorbeeld om klachten aan het zenuwstelsel en zintuigen (bijvoorbeeld hoofdpijn en epilepsie) en aan het maag-/darmstelsel (bijvoorbeeld buikpijn, darmziekten of maagzweer). Voor de classificatie hiervan is een aangepaste vorm van de International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD-10, World Health Organisation ("World Health Organisation (WHO): International Classification of Diseases (ICD)," 1994) gebruikt, zoals ook door het CBS gebruikt is. De gebieden gebitsklachten, voetklachten, visueel en auditief zijn toegevoegd ten behoeve van dit onderzoek, omdat deze klachten relatief veel voorkomen onder daklozen.

Middelengebruik
De informatie over middelengebruik is gebruikt voor het definiëren van de profielen, hiervoor zijn resultaten uit de eerste meting gebruikt. De Europese versie van de Addiction Severity Index (Europ-ASI, versie III; Kokkevi & Hartgers, 1995), specifiek de module alcohol en druggebruik, brengt het gebruik van de volgende middelen in kaart: (1) alcohol; (2) cannabis; (3) heroïne; (4) cocaïne; (5) methadon/LAAM; (6) medicijnen / pillen (benzodiazepinen, kalmerende middelen, hypnotica en barbituraten, niet op doktersrecept); (7) amfetamines; (8) tripmiddelen; (9) andere opiaten (codeïne, morfine, opium en palfium); (10) vluchtige stoffen (inhalantia, lijm, benzine, poppers); (11) XTC (MDMA) en (12) overige middelen. Daarnaast brachten wij ten behoeve van dit onderzoek gebruik van GHB en pijnstillers in kaart. Per middel werd gevraagd naar de beginleeftijd van gebruik, het aantal jaren gebruik en het gebruik in de laatste maand. De ASI is relatief veel gebruikt in effectstudies bij daklozen met ernstige psychische en/of verslavingsproblemen (Chinman et al., 2000; Cox & Walker, 1998; Kasprow & Rosenheck, 2007; Min & Rothbard, 2004; Rosenheck & Dennis, 2001; Rosenheck, Resnick & Morrissey, 2003). Aanvullend worden ook rook- en gokverslavingen uitgevraagd (Wynne, 2003).

Psychische gezondheid
Om psychisch functioneren in kaart te brengen is de Nederlandse versie van de Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18; (De Beurs & Zitman, 2006)) gebruikt. De BSI-18 bevat achttien items en is een verkorte versie van de 53 items bevattende BSI die weer een verkorte versie is van de Symptom Check List-90 (SCL-90). Dit instrument gaat in op drie dimensies of klachtengebieden: depressie (DEP), angst (ANG) en somatische klachten (SOM). Elke schaal bestaat uit meerdere items. Zo bevat de schaal ‘depressieve stemming’ items als *je eenzaam voelen* en *je hopeloos voelen over de toekomst*. De scores worden vergeleken met normscores van de algemene bevolking met aparte normscores voor mannen, vrouwen en voor verschillende leeftijdscategorieën (18-29 jaar en 30+ jaar) (De Beurs, 2006; 2011). Aan de deelnemer werd gevraagd aan te geven "in hoeverre hij/zij last had van dit probleem de afgelopen week inclusief vandaag" op een vijfpunts Likertschaal, lopend van 0 = *helemaal geen* tot 4 = *heel veel*. Uit onderzoek is gebleken dat de BSI een valide en betrouwbaar instrument is, dat geschikt is om het effect van therapie te evalueren (De Beurs & Zitman, 2006). Tevens is de BSI reeds gebruikt in andere studies met vergelijkbare groepen (Ball et al., 2005; Nyamathi et al., 2000).

Sociale relaties
Om de frequentie van de sociale contacten in kaart te brengen is er in zes items uitgevraagd hoe vaak de deelnemers in het afgelopen jaar contact hadden met familie, vrienden en kennissen en een eventuele partner. Deze items komen uit de verkorte kwaliteit van leven lijst van Lehman (Jansen, Mensink, & Wolf, 2007; Lehman, 1983; 1995; Lehman, Slaughter, & Myers, 1992) en hebben goede interne consistentie en discriminante validiteit (Lehman, 1995). Een voorbeeld van een vraag is: “Hoe vaak praatte u met een familielid aan de telefoon in het afgelopen jaar?”. De items worden gescoord op een vijfpuntschaal lopend van 1 = *helemaal niet* tot 5 = *minstens één keer per dag*. Er zijn twee items over het contact met familie, twee items over het contact met vrienden en kennissen en één item over het contact met een eventuele partner.

Om de ervaren sociale steun van de deelnemers in kaart te brengen zijn vijftien items gebruikt, gebaseerd op de Medical Outcome Study (MOS) Social Support Survey (Sherbourne & Stewart, 1991). De MOS Social Support Survey heeft een hoge convergente en discriminante validiteit en een goede interne consistentie coëfficiënt lopend van .91 tot .97 (Sherbourne & Stewart, 1991). In de versie gebruikt in dit onderzoek, werden de deelnemers gevraagd om aan te geven hoe vaak familie, vrienden en kennissen en een eventuele partner beschikbaar waren om verschillende vormen van steun te bieden. De deelnemers werd gevraagd hoe vaak familie, vrienden en kennissen beschikbaar waren om (1) *Een leuke tijd mee te hebben?* (2) *Voeding of een slaapplaats aan te bieden of andere zaken die je nodig hebt voor je bestaan?* (3) *Naar je te luisteren als je over jezelf of je problemen praat?* (4) *Mee te gaan naar een afspraak voor morele steun?* (5) *Je te tonen dat hij of zij om je geeft of van je houdt?* Een vijfpuntschaal lopend van 1 = *nooit* tot 5 = *altijd* werd gebruikt om de ervaren sociale steun te scoren. Deze aangepaste variant van het instrument is ook in andere daklozenstudies in Nederland gebruikt.

Vermoedelijke (licht) verstandelijke beperking

De Hayes Ability Screening Index (HASI; (Hayes, 2000) is een kort screeningsinstrument dat een indicatie geeft of iemand mogelijk een (licht) verstandelijke beperking (LVB) heeft. Een score boven het afkappunt betekent dat iemand doorverwezen zou moeten worden voor verdere beoordeling omdat er op grond van de uitslag een vermoeden bestaat dat deze persoon een (licht) verstandelijke beperking heeft. Het screeningsinstrument bestaat uit vier subtesten (achtergrondvragen, achterwaarts spellen, klok tekenen en een puzzel), en wordt schriftelijk afgenomen in 5 tot 10 minuten. De HASI correleert significant met standaard IQ-testen, en geeft in 82% van de gevallen correct aan dat er sprake is van een verstandelijke beperking en in 72% van de gevallen geeft de HASI correct aan dat er geen sprake is van een verstandelijke beperking (University of Sydney, 2011).

De Nederlandse versie van de HASI is gevalideerd binnen cliënten in de maatschappelijke opvang en heeft bij deze groep een sensitiviteit van 88% en een specificiteit van 78% (Barendregt, Van de Mheen & Wits, 2013).

Zelfbepaling

De Vragenlijst BasisbehoefteVervulling heeft 21 items en concentreert zich op drie psychologische basisbehoeften: competentie, autonomie en verbondenheid (Ilardi et al., 1993). Deze lijst meet de mate van vervulling van deze basisbehoeften op een zevenpunts Likertschaal van (1) *helemaal niet waar tot* (5) *helemaal waar*. Er zijn zeven vragen gericht op mate van autonomie, zes op mate van competentie en acht op mate van verbondenheid. Om deze schalen statistisch te analyseren hebben we negen vragen moeten omschalen; drie vragen van elke schaal. Hogere scores per basisbehoefte duidt op meer behoeftevervulling van de betreffende basisbehoefte. In verschillende onderzoeken varieerde de interne consistentie van autonomie van .61 tot .81, van competentie van .60 tot .86 en van verbondenheid .61 tot .91 (Johnston & Finney, 2010).

Woonsituatie en transities

Deelnemers is gevraagd het aantal overnachtingen in opvangvoorzieningen of op publieke plaatsen in de voorliggende periode van zes maanden te rapporteren (Susser et al., 1997; Wolf et al., 2002).

Woonwensen

Om de woonwensen van deelnemers in kaart te brengen is er in negen items uitgevraagd met wie (zoals alleen, met een partner of met andere mensen), waar (bijvoorbeeld in een appartement, bij familie of in een voorziening), hoe (wel/niet op eigen naam; op korte of lange termijn) en met hoeveel begeleiding en toezicht (zoals de frequentie, duur en vorm) deelnemers in de toekomst zouden willen wonen. De vragenlijst is door Wolf geconstrueerd en is eerder gebruikt in andere daklozenstudies (onder anderen: Vocks, Mensink, & Wolf, 2008).

Zorgaansluiting

Om zorgaansluiting van deelnemers in kaart te brengen op de verschillende leefdomeinen (geïnventariseerd in de kwaliteit van leven lijst), zijn per leefdomein drie vragen gesteld over de zorgaansluiting. Deze vragen vormen een selectie uit de Quality of Life and Care lijst (QoLC; Wennink & Wijngaarden, 2004). Dit is eerder gedaan door Impuls - Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg in andere daklozenstudies (Maas et al., 2012) en verschaft waardevolle informatie over het perspectief van de deelnemer wat betreft zijn/haar zorgbehoeften. Bij elk van de leefdomeinen wordt gevraagd: 1) Wilt u hulp bij …? (ja/nee), 2) Krijgt u hulp bij …? (ja/nee) en 3) Is dit de juiste hulp …? (ja/nee).

Referenties

- Ball, S. A., Cobb-Richardson, P., Connolly, A. J., Bujosa, C. T., & O'Neall, T. W. (2005). Substance abuse and personality disorders in homeless drop-in center clients: symptom severity and psychotherapy retention in a randomized clinical trial. *Comprehensive Psychiatry, 46,* 371–9.
- Barendregt, C., Van de Mheen, D., & Wits, E. (2013). *Screenen op middelengebruik en psychische klachten in de maatschappelijke opvang. Zes screeners gevalideerd en getest op bruikbaarheid.* Rotterdam: IVO.
- Beijersbergen, M., Christians, M., Asmoredjo, J., & Wolf, J. (2010). *De CQ-index voor de maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en zwerfjongerenopvang: Ontwikkeling van een meetinstrument voor cliëntervaringen met de opvang.* Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.
- Chinman, M., Rosenheck, R., Lam, J. A., & Davidson, L. (2000). Comparing Consumer and Nonconsumer Provided Case Management Services for Homeless Persons with Serious Mental Illness. *Journal of nervous and mental disease, 188,* 446–53.
- Cox, G., & Walker, R. (1998). Outcome of a controller trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inabriates. *Journal of studies on Alcohol, 59,* 523–32.
- De Beurs, E. (2006). *Brief Symptom Inventory: Handleiding.* Leiden: PITS.
- De Beurs, E. (2011). *Brief Symptom Inventory 18 -BSI 18- Handleiding herziene editie*. Leiden: PITS.
- De Beurs, E., & Zitman, F. (2006). De Brief Symptom Inventory (BSI). De betrouwbaarheid en validiteit van een handzaam alternatief voor de SCL-90. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 61,* 120–41.
- Hayes, S. (2000). *Hayes Ability Screening Index (HASI) manual.* Sydney: Behavioural Sciences in Medicine, University of Sydney.
- Ilardi, B. C., Leone, D., Kasser, T., & Ryan, R. M. (1993). Employee and supervisor's ratings of motivation: main effects and discrepancies associated with job satisfaction and adjustment in a factory setting. *Journal of Applied Social Psychology, 23,* 1789–1805.
- Jansen, C., Mensink, C., & Wolf, J. (2007). *Dakloos in Zeeland: Onderzoek naar profiel en perspectief van daklozen en zwerfjongeren.* Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Johnston, M. & Finney, S. (2010). Measuring basic needs satisfaction: Evaluating previous research and conducting new psychometric evaluations of the Basic Needs Satisfaction in General Scale. *Contemporary Educational Psychology, 35,* 280–96.
- Kasprow, W. J., & Rosenheck, R. A. (2007). Outcomes of critical time intervention case management of homeless veterans after psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services, 58,* 929–35.
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995). EuropASI: European adoption of a multidimensional assessmentinstrument for drug and alcohol dependence. *European addiction research,1,* 208–10.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of General Psychiatry, 40*, 369–73.

- Lehman, A. F. (1995). *Evaluating Quality of Life for Persons with Severe Mental Illness: Assessment Toolkit*. Cambridge, Mass: The Evaluation Center at Health Services Research Institute.
- Lehman, A. F. (1995). *Toolkit on Evaluating Quality of Life for Persons with Severe Mental Illness.* University of Maryland School of Medicine, Department of Psychiatry.
- Lehman, A. F., Slaughter, M. S. P. H., & Myers, C. P. (1992). Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatric Quarterly, 62,* 35–49.
- Min, S. Y., Wong, Y. L., & Rothbard, A. B. (2004). Outcomes of Shelter: Use among Homeless Persons with Serious Mental, Illness. *Psychiatric Services, 55,* 284–9.
- Nyamathi, A., Leake, B., Keenan, C., & Gelberg, L. (2000). Type of social support among homeless women: its impact on psychosocial resources, health and health behaviors, and health service utilization. *Nursing Research, 49,* 318–26.
- Rich, A. R., & Clark, C. (2005). Gender differences in response to homelessness services. *Evaluation and Program Planning, 128,* 69–81.
- Rosenheck, R. A., & Dennis, D. (2001). Time-Limited Assertive Community Treatment for Homeless Persons With Severe Mental Illness. *Archives of general psychiatry, 58,* 1073–80.
- Rosenheck, R. A., Resnick, S. G., & Morrissey, J. P. (2003). Closing service system gaps for homeless clients with a dual diagnosis. Integrated teams and interagency cooperation. *Journal of Mental Health Policy and Economics, 6, 77*–87.
- Sherbourne, C. D. & A. L. Stewart (1991). The Mos Social Support Survey. *Social Science & Medicine, 32,* 705–14.
- Susser, E., Valencia, E., Conover, S., Felix, A., Tsai, W. Y., & Wyatt, R. J. (1997). Preventing recurrent homelessness among mentally ill men: a “critical time” intervention after discharge from a shelter. *American Journal of Public Health, 87,* 256–62.
- Vocks, J., Mensink, C., & Wolf, J. (2008). *Omvang van de daklozenpopulatie in de regio Zaanstreek: Resultaten van een omvangschatting in 2008.* Nijmegen: Onderzoekscentrum maatschappelijke zorg, UMC St Radboud Nijmegen.
- Wennink, J., & Van Wijngaarden, B. (2004). *Quality of Life and Care (QoLC). Kwaliteit van leven en vervul-ling zorgwensen. U*trecht: Trimbos-instituut.
- Wolf, J., Zwikker, M., Nicholas, S., Van Bakel, H., Reinking, D., & Van Leiden, I. (2002). *Op achterstand: Een onderzoek naar mensen in de marge van Den Haag.* Utrecht: Trimbos Instituut.
- World Health Organisation (WHO): *International Classification of Diseases (ICD).* (1994). Retrieved January 17, 2013, from http://www.who.int/classifications/icd/en/
- Wynne, H. J. (2003). *Introducing the Canadian problem gambling index.* Edmonton, AB: Wynne Resources.